



# Rehabilitatie: een kwestie van geld of empowerment?

Een onderzoek naar rehabilitatie van bewoners van Klinisch herstel

## Bachelorproef Sociaal Pedagogische Hulpverlening Haagse Hogeschool

Student: Gina de Luca  
Studentnr: 14102196  
Klas: SPH du-4B

Opdrachtgever: M. Kuhlmann

Eindbeoordelaars Bachelor:  
Eward Steenks en Esther Kroon

Versie: Definitief  
Datum: Juni 2017



## ***Voorwoord***

In verband met de privacy verwijderd

# Inhoudsopgave

|                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------|----|
| Voorwoord .....                                                | 1  |
| Inhoudsopgave .....                                            | 2  |
| Samenvatting .....                                             | 4  |
| Inleiding .....                                                | 5  |
| H1 De Aanleiding .....                                         | 6  |
| H2 De context: Klinisch Herstel .....                          | 7  |
| 2.1 GGZ Rivierduinen .....                                     | 7  |
| 2.1.1 Klinisch Herstel .....                                   | 7  |
| 2.1.2 Het team Klinisch Herstel .....                          | 7  |
| 2.2 Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) .....     | 7  |
| 2.3 Aanbod dagbesteding Klinisch Herstel .....                 | 8  |
| H3 De Probleemanalyse .....                                    | 9  |
| 3.1 De bewoner .....                                           | 9  |
| 3.2 De medewerker .....                                        | 9  |
| 3.3 Wonen bij Klinisch Herstel .....                           | 10 |
| 3.4 Het aanbod van dagbesteding .....                          | 11 |
| 3.5 GGZ Rivierduinen en rehabilitatie .....                    | 12 |
| 3.6 Samenwerking ketenpartners .....                           | 12 |
| 3.7 De maatschappelijke context .....                          | 12 |
| 3.8 Conclusie probleemanalyse .....                            | 13 |
| H4 De Literatuuranalyse .....                                  | 14 |
| 4.1 Ernstige psychische aandoening (epa) .....                 | 14 |
| 4.2 Sociale en maatschappelijke participatie .....             | 15 |
| 4.3 Rehabilitatie .....                                        | 16 |
| 4.3.1 Milieurehabilitatie .....                                | 16 |
| 4.4 Herstelvisie .....                                         | 16 |
| 4.5 Dagbesteding .....                                         | 17 |
| 4.6 Stigma en zelfstigma .....                                 | 18 |
| 4.7 Motivatie; de zelfdeterminatietheorie (ZDT) .....          | 19 |
| 4.8 Het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) ..... | 20 |
| 4.8.1 Visie SRH .....                                          | 20 |
| 4.8.2 Persoonlijk profiel en plan .....                        | 21 |
| 4.8.3 Belemmeringen bij het achterhalen van de wens .....      | 21 |
| 4.8.4 SRH hulpmiddelen .....                                   | 22 |
| 4.9 Conclusie literatuurstudie .....                           | 22 |
| H5 Doelstelling .....                                          | 24 |
| H6 Methodologie .....                                          | 24 |
| 6.1 Onderzoeksopzet .....                                      | 24 |
| 6.2 Respondenten .....                                         | 25 |
| 6.3 Topics en interview .....                                  | 25 |
| 6.4 Betrouwbaarheid en validiteit .....                        | 25 |
| 6.5 Procedure van analyse .....                                | 26 |

|                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|----|
| H7 Resultaten en Analyse.....                               | 27 |
| 7.1 Deelvraag 1: onderzoeken van de rehabilitatiewens.....  | 27 |
| 7.2 Deelvraag 2: ondersteuning bij rehabilitatie.....       | 28 |
| 7.3 Deelvraag 3: belemmerende en bevorderende factoren..... | 33 |
| 7.4 Deelvraag 4: behoeften van bewoners.....                | 34 |
| H8 Conclusie.....                                           | 37 |
| H9 Discussie.....                                           | 39 |
| H10 Aanbevelingen.....                                      | 42 |
| Literatuur.....                                             | 45 |

## Samenvatting

‘Rehabilitatie; een kwestie van geld of empowerment?’ is het eindverslag van een kwalitatief onderzoek dat gedaan is op Klinisch Herstel, onderdeel van GGz Rivierduinen. Klinisch Herstel heeft 48 mensen in zorg met een ernstige psychiatrische aandoening, de aandoening zorgt naast psychisch lijden ook voor belemmeringen op sociaal en maatschappelijk functioneren. Bewoners hebben nauwelijks dagbesteding en vervullen weinig sociale of maatschappelijke rollen buiten de kliniek. Participatie is bevorderlijk voor het psychisch herstel en het ervaren van geluk bij deze doelgroep (Zorginstituut Nederland, 2016). Participatie zorgt voor het vergroten van de zelfredzaamheid waarmee de doorstroom naar beschermd of zelfstandig wonen bevorderd kan worden (Movisie, 2013a). Het is de taak van zorgprofessionals om rekening te houden met factoren die een belemmering vormen voor dit herstel (Zorginstituut Nederland, 2016).

Dit onderzoek heeft tot doel om inzicht te krijgen in wat de medewerkers nodig hebben bij het ondersteunen van haar bewoners bij rehabilitatie. De belemmeringen in de dagelijkse praktijk zijn vergeleken op overeenkomsten uit de literatuur. Hieruit is de hoofdvraag van het onderzoek tot stand gekomen: *‘hoe kunnen de medewerkers van Klinisch Herstel de bewoners ondersteunen bij sociale en maatschappelijke participatie, zodat bewoners zelf gewenste sociale en maatschappelijke rollen kunnen gaan innemen?’*. Voor het onderzoek zijn twaalf respondenten; zeven medewerkers en vijf bewoners bevestigd. De resultaten zijn vervolgens geanalyseerd en vergeleken met de literatuur. Hiermee werd inzicht verkregen in knelpunten die zich voordoen in de praktijk, welke hebben geleid tot bruikbare aanbevelingen die zullen bijdragen aan de oplossing van het probleem.

Medewerkers gebruiken allen een krachteninventarisatie om met bewoners tot doelen te komen. Met een krachteninventarisatie worden krachten in kaart gebracht die ondersteunend kunnen zijn bij het realiseren van doelen. Ondanks deze inzet hebben bewoners weinig doelen op het gebied van sociale en maatschappelijke participatie en ontbreken wensen in deze richting. Medewerkers ervaren belemmeringen bij het ondersteunen bij rehabilitatie door het gebrek aan aanbod van dagbesteding in de buurt, werkdruk en hospitalisatie van bewoners. Hospitalisatie wordt in stand gehouden door een gebrek aan uitdagingen op de kliniek zelf in combinatie met een tekort aan handvatten bij de medewerkers om herstelondersteunende zorg in de praktijk vorm te geven. Ondanks de herstelondersteunende attitude van medewerkers zorgt het stigmatiseren van bewoners en ongelijkwaardigheid tussen medewerkers en bewoners voor het in stand houden van hospitalisatie en draagt bij aan het ontwikkelen van zelfstigma bij de bewoners. Zelfstigma komt vervolgens niet actief aan bod in de begeleiding, waardoor hier niet altijd effectieve ondersteuning in kan worden geboden. Het ontbreken aan wensen en doelen kunnen een gevolg zijn van hospitalisatie en zelfstigma. Medewerkers en bewoners hebben onvoldoende kennis over de mogelijkheden voor participatie. Onvoldoende informatie leidt tot het ontbreken aan zicht op de mogelijkheden en is tevens een belemmering voor het vormen van wensen en doelen. Het ontbreken van uitdagende activiteiten die de bewoner aanspreekt op zijn vaardigheden en onvoldoende informatie over herstel dragen bij aan hospitalisatie.

Om bewoners te kunnen ondersteunen bij het innemen van sociale en maatschappelijke rollen hebben de medewerkers kennis en handvatten nodig. Deze handvatten zijn; scholing in herstelondersteunende zorg, zodat deze in de praktijk kan worden ingezet om hospitalisatie tegen te gaan en de empowerment (eigen kracht) van bewoners te stimuleren. Medewerkers hebben kennis nodig over stigmatisering en zelfstigma, zodat het bewustzijn hierover wordt vergroot, waardoor dit adequaat kan worden bestreden. Er is kennis nodig over de mogelijkheden voor dagbesteding en participatie zodat de medewerker kan anticiperen op mogelijke wensen en ook daadwerkelijk kan aansluiten op de krachteninventarisatie die zij van bewoners hebben. Herstelwerkgroepen voor de bewoners van Klinisch Herstel zijn nodig, zij kunnen voorzien in een groot aandeel van de oplossing voor de belemmeringen in de praktijk. Zij voorzien in een aanbod van een activiteit op de locatie en voorziet de bewoners van kennis over (zelf) stigma, herstel en mogelijkheden voor participatie.

Het lotgenotencontact draagt bij aan het delen van ervaringen. Al deze factoren dragen bij aan het vergroten van de empowerment (eigen kracht en regie) bij bewoners. De inzet van ervaringsdeskundigen als kartrekker van deze groepen heeft een destigmatiserende invloed op zowel de medewerkers, bewoners en anderen buiten Klinisch Herstel. Bij het deelnemen aan de herstelwerkgroepen en dagbesteding zal samenwerking met ketenpartners noodzakelijk zijn om bewoners adequaat en blijvend te kunnen ondersteunen op hun weg naar herstel en participatie.

## ***Inleiding***

“Voor alle mensen is het hebben van werk of een waardevolle invulling van de dag een noodzakelijke voorwaarde om zich min of meer gelukkig te voelen in hun bestaan”. Aldus Erica Terpstra, staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1994-1998 in het voorwoord van Dagwerk (Zeldenrust, Koel, Plass, Weersch & Zuthem, 1995).

Klinisch Herstel biedt 24-uurs zorg aan 48 mensen met een ernstige psychiatrische aandoening(epa), waar bewoners naast de beperking belemmeringen ondervinden in het sociaal en maatschappelijk functioneren. Van de 48 bewoners oefenen vijf bewoners structureel een sociaal-maatschappelijke rol uit buiten de kliniek, middels dagbesteding. In de visie van Klinisch Herstel staat dat het vervullen van sociale en maatschappelijke rollen voor bewoners van belang is en dat zij hierin worden ondersteund door de medewerkers (Kühlman & Beek, 2010).

In de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening zijn een aantal pijlers belangrijk, waar behandelaars zich eerst voornamelijk bezighielden met symptoomreductie ligt nu de focus ook op herstel van andere levensgebieden. Deze basisprincipes zijn afkomstig uit de rehabilitatiebeweging die tot doel heeft om de inclusie van mensen met een ernstig psychische aandoening in de maatschappij te vergroten. Het opbouwen van een sociaal netwerk, meer eigen verantwoordelijkheid en het oppakken van maatschappelijke rollen; zijn essentieel voor het herstel van een ernstige psychische aandoening (Eisenga & Nuy, 1995).

In de dagelijkse praktijk van Klinisch Herstel wordt gewerkt met een methodiek die gestoeld is op de visie van rehabilitatie en herstel, het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH). Het SRH inventariseert de wensen en krachten van de cliënt, waar het kijkt naar mogelijkheden en niet naar de beperkingen de grondhouding van de hulpverlener is. Doel van het SRH is het ondersteunen van mensen met een psychische aandoening bij de algehele kwaliteit van leven en bij het vinden van zingende activiteiten (Hollander & Wilken, 2015). Ondanks deze methodiek, waarin het sociaal en maatschappelijk functioneren een belangrijk aspect is, vervullen weinig cliënten rollen buiten de instelling, en lijkt er een gebrek te zijn aan structurele bezigheden bij 43 bewoners van Klinisch Herstel.

In dit onderzoeksverslag wordt in hoofdstuk één allereerst de aanleiding van het onderzoek beschreven, waarna in hoofdstuk twee de context van de onderzoeksorganisatie aan bod komt. Vervolgens wordt in hoofdstuk drie het praktijkprobleem vanuit de verschillende niveaus beschreven en de interactie die zij met elkaar hebben. In hoofdstuk vier zijn de bevindingen uit de vakliteratuur die betrekking hebben op aspecten van het praktijkprobleem omschreven. In hoofdstuk vijf komt de doelstelling en de hoofd- en deelvragen aan bod, waarna in hoofdstuk zes de methodologie van het onderzoek besproken wordt. In hoofdstuk zeven zijn de belangrijkste resultaten van het onderzoek beschreven, na de analyse van deze resultaten volgt in hoofdstuk acht de conclusie. Na een kritische beschouwing van dit onderzoek in hoofdstuk negen, de discussie, wordt dit onderzoeksverslag afgesloten met hoofdstuk 10 waar de aanbevelingen aan bod komen die bijdragen aan de oplossing voor het probleem in de praktijk van Klinisch Herstel.

## **H1 De Aanleiding**

In de dagelijkse praktijk op de afdeling van Klinisch Herstel krijgen bewoners dagelijks begeleiding. Afhankelijk van de bewoner wordt ondersteuning geboden bij activiteiten rondom algemeen dagelijks leven (adl) en activiteiten van het huishoudelijk dagelijks leven (hdl). Bij ondersteuning op het gebied van adl kan men denken aan ondersteuning bij medicatie inname, de bewoner uitnodigen voor de maaltijd en zelfzorg. Hdl betreft activiteiten zoals de kamerschoonmaak, mobiliteit, koken en ziekenhuisbezoek.

Naast het bieden van ondersteuning bij adl en hdl activiteiten, wordt er van de medewerker ook verwacht dat hij de bewoner ondersteunt bij rehabilitatie, oftewel het innemen van rollen buiten de kliniek. De meeste bewoners hebben weinig omhanden, zijn veel op de afdeling en lijken geen wensen te hebben of vervelen zich, waarbij bij sommigen het gevaar bestaat dat zij teruggrijpen naar oude gewoonten zoals drank- of drugsgebruik (Adviescommissie Drugsbeleid, 2009).

De naam Klinisch Herstel verwijst naar afname van de symptomen behorende bij de aandoening, zodanig dat deze niet meer op de voorgrond staan. In de herstelvisie, dient er naast klinisch herstel ook aandacht te zijn voor functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel, deze kunnen synchroon naast elkaar plaatsvinden (Stel, 2015). Naast klinisch herstel oftewel de remissie van symptomen, dient er ook aandacht te zijn voor het persoonlijk herstel; zoals het hervinden van hoop en een positief zelfbeeld. Maatschappelijk herstel heeft betrekking op het innemen van rollen buiten de psychiatrie (Kenniscentrum Phrenos, z.d.; a). Voor de GGz is herstel het leidende principe, dit is nodig omdat mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) achterstanden hebben op verschillende levensgebieden, welke gezamenlijk en integraal aangepakt dienen te worden (GGz Nederland, 2009). Bij Klinisch Herstel wordt er gewerkt volgens de methodiek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH), een rehabilitatiemethodiek waarbij het innemen van sociale en maatschappelijke rollen een essentieel onderdeel vormt van de methodiek (Hollander & Wilken, 2015; Shepherd, 1989). De herstelvisie is als basisprincipe geïntegreerd in het SRH (Hollander & Wilken, 2015).

Concluderend kan gezegd worden dat, in het kader van rehabilitatie, het van belang is dat medewerkers de bewoners kunnen ondersteunen bij het innemen van sociale en maatschappelijke rollen. Wat gebeurt er nu en welke interacties spelen zich af in de dagelijkse praktijk tussen de werknemers en cliënten. Met behulp van een literatuurstudie is onderzocht welke factoren van invloed zijn op sociale en maatschappelijke participatie. Hiernaast wordt er door het doen van een praktijkonderzoek een vergelijking gemaakt met de huidige werkwijze. De onderzoeker heeft naast het interne aanbod van dagbesteding ook andere vormen van participatie onderzocht, volgens GGZ Nederland (2009) sluit het huidige aanbod niet altijd aan op de individuele wensen en behoeften. Om cliënten uit de GGz mee te laten doen in maatschappelijke context zal de GGz verbindingen moeten aangaan buiten de eigen muren, waarmee langdurige afhankelijkheid van het GGz aanbod bij cliënten wordt voorkomen (GGZ Nederland, 2009).

## ***H2 De context: Klinisch Herstel***

Dit hoofdstuk begint met een korte beschrijving van GGZ Rivierduinen, waar Klinisch Herstel onderdeel van is. Hierna wordt ingezoomd op Klinisch Herstel, het team en het aanbod van activiteiten binnen Klinisch Herstel waaraan bewoners kunnen deelnemen. Hierna volgt een korte beschrijving van de methodiek waarmee Klinisch Herstel inhoudelijk vorm geeft aan de zorg; het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH).

### ***2.1 GGZ Rivierduinen***

Rivierduinen is een instelling voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in west en midden Nederland. De instelling verleent zorg aan mensen met een psychische aandoening in het noorden en midden van Zuid Holland; (poli)klinisch, deeltijd en ambulant. Rivierduinen is onderverdeeld in zes centra, de afdeling Klinisch Herstel is onderdeel van het centrum GGZ Leiden. De zorgvisie van Rivierduinen is gebaseerd op de herstelvisie waarin zelfbeschikking, eigen regie en kwaliteit van leven belangrijke kernwaarden zijn (Rivierduinen, 2015).

#### ***2.1.1 Klinisch Herstel***

Klinisch Herstel biedt 24-uurs zorg aan 48 volwassenen met een ernstige psychiatrische stoornis, waarvan bij 20 cliënten ook sprake is van problematisch drank en/of middelengebruik, oftewel een dubbele diagnose. De bewoners hebben allen intensieve begeleiding en structuur nodig, voor sommigen geldt dit voor 24 uur per dag, voor andere bewoners is deze begeleiding slechts overdag noodzakelijk. De bewoners hebben allen een eigen appartement met toilet/douche, sommige bewoners hebben een eigen keuken zodat zij zelf de maaltijd kunnen bereiden. Er is een gezamenlijke woon-eetkamer, een binnentuin, een spelkamer en een ruimte voor creatieve activiteiten. De ziektebeelden van de bewoners zijn verschillend; schizofrenie en aanverwante psychotische stoornissen, bipolaire stoornis, persoonlijkheidsstoornissen, stemmings- en angststoornissen, verslaving en combinaties daarvan. De bewoners ervaren problemen en beperkingen op meerdere levensgebieden ten gevolge van de psychiatrische aandoening. Ondanks de beperking hebben de cliënten net als ieder ander wensen op de verschillende levensgebieden.

#### ***2.1.2 Het team Klinisch Herstel***

Het team bestaat uit 25 medewerkers, waar verpleegkundigen, pedagogisch medewerkers op mbo en hbo niveau en een ervaringswerker deel van uitmaken. Het management bestaat uit een teammanager en een manager behandelzaken (verpleegkundig specialist). De teamleden hebben verschillende functies; woonbegeleider, verpleegkundige of woonbegeleider/persoonlijk begeleider en all round medewerker, de laatste zijn hbo geschoold. De medewerkers zijn, op een paar nieuwe medewerkers na, allen geschoold in de methodiek waar Klinisch Herstel mee werkt; het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH).

### ***2.2 Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH)***

Binnen Klinisch Herstel wordt gewerkt met het SRH, een rehabilitatie methodiek die tot doel heeft mensen met een psychische en sociale kwetsbaarheid te ondersteunen vanuit een herstelondersteunende visie. Het herstel richt zich zowel op de aandoening als op het weer oppakken van 'het gewone leven', en dan vooral de facetten waarin iemand zingeving ervaart. Zingeving is een persoonlijke ervaring waarin men iets voor zichzelf of anderen betekent (Hollander & Wilken, 2015). Het SRH is gerelateerd aan de integrale rehabilitatiebenadering, en heeft een planmatige uitwerking. Het SRH kijkt naar de mens als geheel, inclusief zijn omgeving en de sociale verbanden hierin. Ondersteuning wordt dan ook geboden op meerdere gebieden met als doel de algehele kwaliteit van leven te verbeteren. Iedere bewoner heeft een persoonlijk begeleider (pb'er) die samen met de cliënt een persoonlijk plan en profiel maakt. Bij de praktische uitvoering van de doelen krijgt de bewoner ook ondersteuning van de andere medewerkers. In hoofdstuk vier; het

literatuuronderzoek, komt het SRH uitgebreider aan bod. In bijlage 4 bevindt zich nog een aanvulling hierop.

### **2.3 Aanbod dagbesteding Klinisch Herstel**

Klinisch Herstel biedt bewoners een aantal dagelijkse activiteiten waar bewoners vrijwillig aan kunnen deelnemen zoals de gezamenlijke koffie- en maaltijden en van maandag t/m vrijdag van 15.30-16.30 een activiteit van de dag. Buiten Klinisch Herstel worden activiteiten aangeboden door Movens, onderdeel van Rivierduinen. Begin 2015 is het aanbod van Movens verhuisd naar verschillende buurtcentra in Leiden. Movens heeft een breed aanbod van dagbesteding, hieronder volgt een kleine impressie van het aanbod;

- recreatieve activiteiten; fotografieclub, textielcursus, muziek, mindfulness
- sportieve activiteiten; zumba, fitness, zwemmen, badminton en tafeltennis in groepsverband
- educatieve activiteiten; pc vaardigheden, gespreksgroep, cursus Spaans
- arbeid-gerelateerde activiteiten; fietsenmakerij, klussenbus, belbus en groenvoorziening

Buiten het aanbod van Movens is er op het terrein van Oegstgeest een aantal faciliteiten waar cliënten van Klinisch Herstel gebruik van kunnen maken. Er is een bewegingscentrum waar sport en spelactiviteiten worden aangeboden en de 'Groene Cirkel' waar mensen agrarische kennis en vaardigheden kunnen opdoen. In het Kruispunt (op het terrein) wordt op zondag een kerkdienst gehouden, welke toegankelijk is voor alle cliënten van Rivierduinen. Tevens kunnen de mensen van Klinisch Herstel gebruik maken van het activiteitenaanbod van de KIZ; zoals zwemmen of activiteiten waar men een kleine vergoeding voor ontvangt zoals het inpakken van sponzen en schoonmaakwerkzaamheden. Voor een uitgebreide beschrijving van het aanbod van dagbesteding en andere mogelijkheden voor sociale en maatschappelijke participatie in de omgeving verwijs ik u naar de bijlage.

### **H3 De Probleemanalyse**

In dit hoofdstuk zal door middel van observaties van de onderzoeker en signalen uit de dagelijkse praktijk het probleem worden beschreven. Deze zijn onderverdeeld in factoren die kunnen spelen bij de bewoner, de medewerker, het wonen bij Klinisch Herstel en het aanbod van activiteiten. Er wordt een blik gericht op de doelstellingen en verantwoordelijkheden van de organisatie op het gebied van rehabilitatie. Tot slot wordt het praktijkprobleem in maatschappelijke context geplaatst en vergeleken met de landelijke situatie.

#### **3.1 De Bewoner**

Vanuit de bewoner zijn er een aantal factoren die van invloed zijn op het herstel van sociale en maatschappelijke rollen. Mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) zoals schizofrenie hebben ondersteuning nodig bij het aanbrengen van structuur (Becker & Kilian, 2009; Beunckens, 2003). Bewoners zijn soms moeilijk te bewegen om op te staan, een structurele invulling van de dag zou hier behulpzaam kunnen zijn. Het ontbreekt de bewoners aan structurele bezigheden, waardoor de noodzaak bij de bewoners ontbreekt om tijdig op te staan. Volgens GGZ Nederland sluit het huidige aanbod van dagbesteding niet aan op de behoeften van cliënten, onvervulde behoeften op dit gebied komen met name voor bij mensen die langdurig klinische zorg nodig hebben (GGZ Nederland, 2009). Bewoners zijn veel op de afdeling, sommige cliënten geven aan dat ze zich vervelen. Bijna de helft van de bewoners van Klinisch Herstel kampt naast de psychische aandoening ook met een verslaving. Verveling vormt een risicofactor voor misbruik van alcohol en drugs, welke tevens een gevaar vormt voor terugval in gebruik en de aandoening (Adviescommissie Drugsbeleid, 2009; Elsenaar, Roozen, Hauptmann & Wetering, 2007).

Shepherd benoemt in zijn boek 'Rehabilitatie van de chronisch psychiatrische patiënt' nog een belemmering voor rehabilitatie, namelijk de secundaire handicap. Deze 'handicap' tast het zelfvertrouwen aan en uit zich in het niet meer nemen van initiatieven (Shepherd, 1989). Vandaag de dag hebben we een ander woord voor deze 'handicap', namelijk zelfstigma, in het theoretisch kader zal dit aan bod komen. Zelfstigma kan tot gevolg hebben dat een cliënt de mogelijkheden voor participatie heeft opgegeven.

De symptomen van een epa kunnen gepaard gaan met problemen op het gebied van activiteit (Nederlands WHO-FIC, 2001). Door een afname van het ondernemen van activiteiten kan men in een vicieuze cirkel terechtkomen; de zogenaamde inactiviteitscirkel. Door de inactiviteit gaat een mens steeds minder doen, pogingen om iets te doen mislukken zodat er steeds minder energie en motivatie is om iets te ondernemen. Men kan deze cirkel doorbreken door toch activiteiten te gaan ondernemen ook al heeft men geen zin. Door weer iets te ondernemen kan men weer de ervaring opdoen om ergens plezier of succes aan te beleven (gedachtenuitpluizen, 2015). Behalve de symptomen van de aandoening, het ontbreken van (zinvolle) passende dagbesteding en zelfstigma ondervinden cliënten ook hinder in hun dagelijks functioneren door de medicatie. Bijwerkingen van de medicatie zoals somberheid, agitatie, cognitieve stoornissen en het gevoel afgesneden te zijn van eigen emoties zijn van invloed zijn op het algeheel functioneren (Brink, Haan & Knehtering, 1998; Petry, 2014).

#### **3.2 De medewerker**

Tijdens een casusbespreking onder acht medewerkers heeft de onderzoeker gevraagd wat het met de medewerker doet als een cliënt zijn bed niet uit wilt komen, en wat hierop hun reactie is. Medewerkers geven aan dat het soms leidt tot gevoelens van frustratie en machteloosheid waarbij men het moeilijk vindt om betreffende bewoner te motiveren om bijvoorbeeld tijdig op te staan. Als de bewoner vanuit zelfstigma, geen wensen en doelen meer lijkt te hebben, en dit bij de medewerker ook een gevoel van machteloosheid creëert kan deze interactie zorgen voor een

verdere afname van empowerment bij de cliënt (Boekel, Brouwers, Weeghel & Garretsen, 2015). Empowerment staat voor het aanwenden en ontwikkelen van de eigen kracht (Trimbos, 2009). Werken vanuit de waarden van rehabilitatie kan bij de medewerker in de praktijk ook zorgen voor dilemma's over het moment wanneer men de verantwoordelijkheid kan teruggeven aan de cliënt (Shepherd, 1989). Een andere medewerker noemt dat bezigheden op de werkvloer er ook voor zorgen dat het opnieuw wekken van de bewoner soms wordt vergeten. Het hebben van voldoende tijd voor de cliënt is volgens het SRH een voorwaarde voor het aangaan van een gelijkwaardige band (Hollander & Wilken, 2015). In het team bestaat een wisselende houding ten aanzien van het motiveren van cliënten. Zo is een deel van mening dat het hebben van een dagbesteding dan maar verplicht dient te worden. Het verplichten van dagbesteding botst met de kernwaarden uit het SRH en de herstelvisie, waarbij 'de regie bij de cliënt' een belangrijk element is. Tijdens de casusbespreking geven de medewerkers aan dat ook de afstand tot de buurtcentra ervoor zorgt dat het moeilijk is bewoners concreet en individueel te ondersteunen bij dagbesteding. Ondersteuning bieden door mee te gaan met een cliënt zou door de werkdruk niet altijd mogelijk zijn.

Herstel is een persoonlijk proces (zie H 4.4). Dit zorgt er voor dat je als begeleider iedere dag weer opnieuw de aansluiting met de cliënt moet maken om te onderzoeken wat de cliënt nodig heeft. In de langdurige psychiatrische zorg bestaat het gevaar dat cliënten die intensieve zorg nodig hebben, langer in de rol van patiënt blijven dan goed voor hen is. De bewoners goed kennen, hun wensen kunnen verstaan en het beschikken over kennis van herstel is hiervoor noodzakelijk (Droës, 2012). Het kost mensen met een ernstige psychische aandoening moeite om hun wensen te realiseren (Weeghel, 2010). Hierom is het van belang dat de medewerker over voldoende competenties, handvatten en kennis beschikt om een wens in samenwerking met de cliënt concreet te maken. Weten wat de (interne en externe) mogelijkheden zijn, en gebruik maken van de hulpmiddelen (zie 4.8.4) van het SRH om de wens (en) goed in beeld te krijgen zijn van belang. Het is hiervoor ook noodzakelijk dat de medewerker de tijd en oog heeft voor de interesses en kwaliteiten van de cliënt omdat dit bronnen zijn die ingezet kunnen worden bij het innemen van sociale en maatschappelijke rollen. In het SRH wordt dit een krachteninventarisatie genoemd (zie 4.8.1).

Sommige bewoners 'dolen' door de gangen of vragen op een andere manier indirect de aandacht van de medewerkers. Een voorbeeld hiervan is het vragen van 'zo nodig' medicatie (benzodiazepine) door sommige bewoners. Hierbij probeert de medewerker om de bewoner op andere gedachten te brengen met een advies. Het geven van (goedbedoelde) adviezen kan het gevoel van eigen regie en autonomie bij de cliënt ondermijnen; de hulpverlener lijkt het dan beter te weten. Het SRH beoogt een gelijkwaardige relatie tussen hulpverlener en cliënt (Hollander & Wilken, 2015). Samen met de cliënt vanuit gelijkwaardigheid te komen tot een besluit draagt bij aan het vergroten van de autonomie en eigen verantwoordelijkheid (Helmus, Bezemer, Pijnenborg & Slooff, 2011). Autonomie is ook van belang bij het kunnen vormen van wensen en doelen op sociaal en maatschappelijk gebied (zie 4.8.3) en draagt bij aan de motivatie om doelen uit te voeren (zie 4.7). Overigens heeft het uitvoeren van sociale en maatschappelijke rollen zelf ook een positief effect op de autonomie (zie 4.4).

### **3.3 Wonen bij Klinisch Herstel**

Als mensen jarenlang in een kliniek verblijven, kunnen zij gehospitaliseerd raken waardoor ontwikkeling en ontplooiing tot stilstand kunnen komen (Hollander & Wilken, 2015). Erving Goffman beschreef in zijn boek *Asylums* (1961) wat de effecten kunnen zijn van totale instituties op individuen. Er is sprake van een totale institutie als slapen, recreëren en werken plaatsvinden in dezelfde omgeving met veel medecliënten, zoals een klinische psychiatrische afdeling. Het psychiatrisch instituut zou geen mogelijkheden bieden voor zelfontplooiing en het vervullen van andere rollen dan die van patiënt, hierdoor bestaat het gevaar voor hospitalisatie (Goffman, 2009). De bewoners zouden door hospitalisatie hun vaardigheden verliezen en het zou er zelfs toe kunnen leiden dat mensen geen wensen meer lijken te hebben, dit vormt een belemmering voor het

herstelproces (Korevaar & Droës, 2015; zie ook Shepherd, 1989). Overigens ondervinden weinig mensen met een psychische kwetsbaarheid voldoening in de rol van patiënt (Slade, 2009b). Medewerkers op klinische afdelingen dienen waakzaam te zijn om hospitalisatie te voorkomen. Het vergroten van de zelfredzaamheid en het bieden van mogelijkheden die de cliënt aanspreekt op zijn vaardigheden, kan de effecten van hospitalisatie tegengaan (Korevaar & Droës, 2015). Klinisch Herstel heeft appartementen die beschikken over een eigen keuken zodat mensen zelf de maaltijd kunnen bereiden wat de zelfredzaamheid en de autonomie bevordert. Tijdens de maandelijkse huiskamervergadering kunnen bewoners wensen kenbaar maken en het hebben van een corveetaak zoals tafels dekken of afwassen stimuleert ook het gevoel van verantwoording, betrokkenheid en zelfstandigheid van bewoners. Het doen van een corveetaak wordt gestimuleerd, maar is niet verplicht. Voor sommige bewoners schuilt er ook een gevaar in deze vrijblijvendheid; zij zonderen zich af in hun appartement.

Bewoners vertonen soms verzet bij activiteiten rond adl en hdl zoals medicatie-inname, de kamerschoonmaak of de noodzaak tot douchen en eten; dit kan veroorzaakt worden door negatieve gevoelens. Bij één bewoner, die soms zijn medicatie weigert, wordt wel eens lichte drang toegepast, door de bewoner zijn tabak te onthouden totdat de medicatie is ingenomen. De medewerker past deze interventie toe na een ethische afweging. Het gebruiken van een vorm van macht zorgt voor ongelijkwaardigheid. Gelijkwaardigheid tussen medewerker én bewoner is een basisvoorwaarde voor rehabilitatie (zie 4.3). Door dit verzet kan strijd ontstaan, waardoor het voor de medewerker moeilijker is om oprechte interesse te tonen in de bewoner (Berg & Zwaan, 2014). Oprechte interesse tonen is in het SRH een basishouding van de hulpverlening (Hollander & Wilken, 2015), welke gebaseerd is op de presentietheorie van Baart (2003).

### ***3.4 Het aanbod van dagbesteding***

Bewoners hebben weinig doelen die gerelateerd zijn aan sociale en maatschappelijke participatie, blijkt na het onderzoeken van het epd (elektronisch patiënten dossier) door de onderzoeker. De meeste bewoners van Klinisch Herstel hebben geen dagbesteding en vervullen weinig rollen in sociale of maatschappelijke context, hieruit blijkt dat er ook nog niet concreet gewerkt wordt aan rehabilitatiedoelen. Een aantal bewoners hebben dagelijks een corveetaak, en iedere bewoner heeft één keer per week kamerschoonmaak waarbij de bewoner, afhankelijk van de afspraken, actief wordt betrokken. De crea ruimte is een aantal uren per week open, met of zonder begeleiding, ook hier maken sommige bewoners gebruik van. Tussen de drie en vijf bewoners maken gebruik van het aanbod van activiteiten op het terrein zoals de kerkdienst, het bewegingscentrum en de 'Groene Cirkel'. Cliënten maken geen gebruik van het aanbod van dagbesteding van Movens in de buurtcentra (onderdeel Rivierduinen), of andere mogelijkheden voor sociale en maatschappelijke participatie (observatie onderzoeker). Volgens de medewerkers vormt de afstand hier naartoe en het gebrek aan mobiliteit bij bewoners een belemmering voor het gebruik hiervan. Een maatschappelijke omgeving biedt meer mogelijkheden voor het aanleren van verschillende vaardigheden die nodig zijn voor het dagelijks leven. Hierbij is het ook van belang dat de bewoners zich ook in andere omgevingen bewegen en dus niet alleen op de afdeling (GGZ Nederland, 2009). Door gebrek aan het oefenen van vaardigheden kan de ontwikkeling tot stilstand komen, en ontberen bewoners essentiële zorg. Ook wordt er wel eens een activiteit buiten de instelling georganiseerd zoals bowlen of een bioscoopbezoek en jaarlijks wordt er een familiedag georganiseerd. De familiedag is drukbezocht, deelname aan andere activiteiten, op de gezamenlijke maaltijden na, is minimaal.

### ***Het probleem op landelijk niveau***

Het probleem van het ontbreken aan zinvolle dagbesteding komt niet alleen voor op de afdeling Klinisch Herstel, waar dit onderzoek is gehouden. Landelijk ondervinden mensen met een ernstige psychische aandoening achterstand op verschillende levensgebieden. De helft woont alleen, ruim 90% heeft geen betaalde baan en 50% heeft geen structurele bezigheden. Het sociale netwerk is in vergelijking met andere mensen kleiner, waardoor men minder op sociale steun kan rekenen. Dit

alles zorgt bij velen voor een lage kwaliteit van leven en het gevaar om in een sociaal isolement te geraken. Mensen met een ernstige psychische aandoening hebben net als andere burgers behoefte aan sociale contacten en een zinvolle dagbesteding, 40% heeft onvervulde wenen op dit gebied (GGZ Nederland, 2009). Uit verschillende onderzoeken onder mensen met een ernstige psychische aandoening blijkt dat zij onvervulde behoeften hebben op gebieden van sociale en maatschappelijke participatie (Theunissen et al., 2011; Trimbos, 2014; GGZ Nederland, 2009).

### **3.5 GGZ Rivierduinen en rehabilitatie**

GGZ Nederland (2009) stelt in haar visiedocument dat het ondersteunen van cliënten in maatschappelijke en sociale rollen één van de taken is van de langdurende GGz (GGZ Nederland, 2009; Zorginstituut Nederland, 2016). Ook de zorgvisie van Rivierduinen onderstreept het belang van maatschappelijke participatie voor het herstel, het verhoogt de zelfredzaamheid en voorkomt sociale isolatie. Er is hierom veel aandacht voor maatschappelijke participatie waarbij het innemen van sociale rollen begeleid en bevorderd moet worden (Rivierduinen, 2015). Ondanks het feit dat rehabilitatie hoog op de agenda staat bij diverse partijen, blijkt dat er in de dagelijkse praktijk nauwelijks activiteiten worden ingezet om rehabilitatiedoelen te bereiken (Kolenberg, 2009). De cliëntenraad van Rivierduinen is van mening dat Rivierduinen nog niet echt vaart maakt met rehabilitatie. Zij zijn inmiddels bezig om de mogelijkheden hiervoor te onderzoeken en dit op de agenda te krijgen van het bestuur (Angenent, 2017).

Voor de afdeling van Klinisch Herstel is het ook belangrijk dat mensen doorstromen naar Beschermd of zelfstandig wonen zodat de wachtlijst niet te lang wordt. Het vergroten van de zelfredzaamheid met behulp van voorzieningen die bijdragen aan sociale en maatschappelijke participatie, kan indirect bijdragen aan het vergroten van de zelfstandigheid bij bewoners. Hierdoor wordt de kans om succesvol door te stromen naar beschermd wonen vergroot (Movisie, 2013a).

### **3.6 Samenwerking ketenpartners**

Gebrek aan afstemming en samenwerking tussen GGz en maatschappelijke organisaties die zich bezighouden met de uitvoering van de participatiewet zoals de gemeente en het UWV is één van de knelpunten in de uitvoering van participatiedoelen (Kolenberg, 2009). Bij Klinisch Herstel wordt er nauwelijks samengewerkt met interne of externe ketenpartners of andere partijen uit het sociale domein.

### **3.7 De maatschappelijke context**

Ook vanuit de politiek wordt er met de participatiewet gestuurd op integratie in de samenleving van mensen met een ernstige psychische aandoening. Voor daadwerkelijk participeren is het nodig dat de huidige maatschappelijke achterstand van deze burgers wordt ingehaald door in te zetten op het herstel van verschillende levensdomeinen. Rehabilitatiedoelen dienen vanaf dag één te worden ingezet, naast symptoomstabilisatie, en zijn even belangrijk (Kenniscentrum Phrenos, 2014). Arbeidsparticipatie van mensen met een ernstige psychische aandoening is maatschappelijk van belang; de hoogste kostenpost van psychische aandoeningen wordt voor een groot deel veroorzaakt door het verlies van arbeidsproductiviteit. Ook zal de vraag naar werknemers stijgen als gevolg van de toenemende vergrijzing van de samenleving. Het is dus op sociaal en economisch gebied ongewenst dat mensen niet actief meedoen in maatschappelijke context (Trimbos, 2013). De politiek tracht via wetgeving zoals de participatiewet mogelijkheden te creëren om kansen op de arbeidsintegratie voor mensen met een arbeidsbeperking te vergroten. Bij Klinisch Herstel maken bewoners geen gebruik van deze recente mogelijkheden voor arbeidsintegratie zoals een beschutte werkplek.

Tevens kan de stilstand in de ontwikkeling naar zelfstandigheid ervoor zorgen dat bewoners te lang een plek bezet houden in Klinisch Herstel. Met de beddenreductie in de GGz is het aanbod van een

bed op een klinische afdeling kleiner dan de vraag, door de lange wachtlijsten die hierdoor ontstaan kunnen zich problemen op maatschappelijk niveau gaan voordoen (Booij, Boesten, & Fenema, 2017). Op internationaal niveau benoemt de World Health Organization in haar 'Mental Health Action Plan 2013-2020' ook het belang van het betrekken van andere levensgebieden zoals onderwijs, arbeidsintegratie, woningbouw en sociale integratie in de behandeling van mensen met een psychische aandoening (World Health Organization, 2013).

### **3.8 Conclusie probleemanalyse**

De participatie van mensen met een epa heeft landelijk, maar ook bij Klinisch Herstel, een achterstand in te halen. Uit de probleemanalyse kwamen de belemmeringen uit de praktijk op de verschillende niveaus aan bod. Vanuit de bewoner bevinden belemmerende factoren zich in de stoornis zelf en het ontbreken van doelen en wensen. Medewerkers ervaren werkdruk en machteloosheid welke belemmerend zou kunnen zijn voor het toepassen van rehabilitatiegericht werken. De klinische setting van een 24-uurs kliniek in combinatie met een gebrek aan het innemen van andere rollen dan die van patiënt zorgt voor het gevaar op hospitalisatie. Hospitalisatie draagt bij aan het verlies van zelfvertrouwen, interesse en initiatief. Dit onderzoek gaat in op de vraag hoe medewerkers van Klinisch Herstel bewoners kunnen ondersteunen bij sociale en maatschappelijke participatie. Met behulp van literatuuronderzoek kan er een vergelijking worden gemaakt tussen de praktijk bij Klinisch Herstel en de theorie. Aan de hand van de uitkomsten van het onderzoek kan vastgesteld worden wat de medewerkers van Klinisch Herstel nodig hebben om bewoners te kunnen ondersteunen bij sociale en maatschappelijke participatie. Dit is van belang voor de kwaliteit van leven omdat werk en dagbesteding een positieve invloed hebben op de gezondheid en het ervaren van geluk bij mensen met een chronische psychiatrische aandoening (Kwekkeboom & Weert, 2008; RIVM, 2013).

## H4 De Literatuuranalyse

Na het beschrijven van het praktijkprobleem wordt er in dit hoofdstuk een literatuurstudie beschreven, die betrekking heeft op het praktijkprobleem. Na een beschrijving van de doelgroep worden kernbegrippen en deelaspecten beschreven die betrekking hebben op de onderzoeksvraag zoals participatie, rehabilitatie, stigma en zelfstigma, herstel, en de methodiek waarmee Klinisch Herstel werkt; het SRH. Er zal in de literatuurstudie tevens worden ingezoomd op hoe professionals kunnen ondersteunen bij het stellen en uitvoeren van doelen op deze gebieden. Wat zijn vanuit de literatuur de belemmeringen en waar liggen de mogelijkheden?

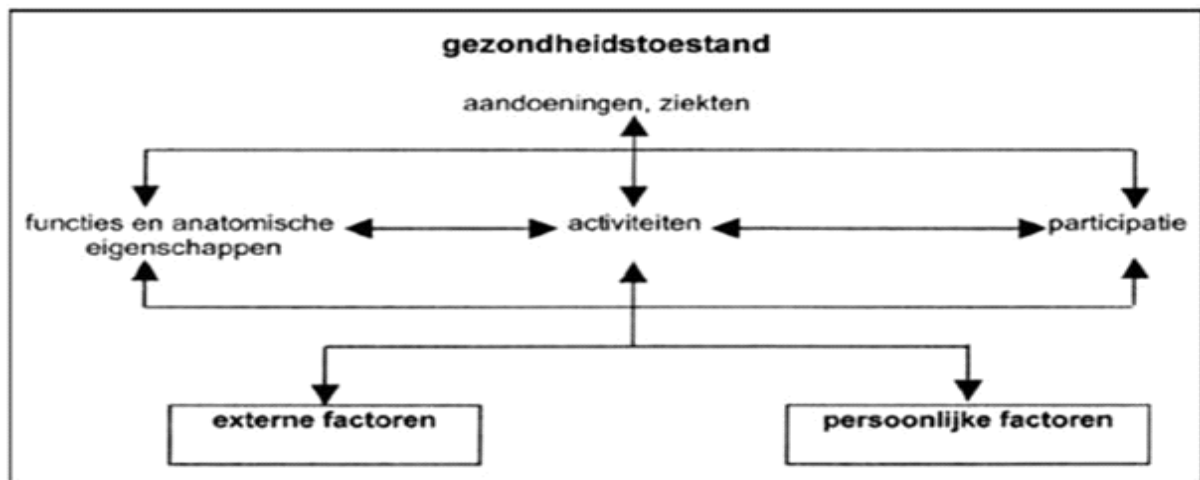
### 4.1 Ernstige psychische aandoening (epa)

De term ernstige psychische aandoeningen (epa) wordt in de GGz gebruikt om patiënten te duiden die langdurig in zorg zijn en waarbij de aandoening ook zorgt voor complexe problemen op andere levensgebieden (Yulius Academie, 2016; Trimbos, 2015b).

Men kan bij een EPA denken aan psychotische stoornissen zoals schizofrenie en bipolaire stoornissen. Ernstige psychische aandoeningen staan niet gelijk aan 'chronisch' of 'onbehandelbaar'. Mensen zijn in staat om de beperkingen van de aandoening geheel dan wel gedeeltelijk te overwinnen (Kenniscentrum Phrenos, z.d.;b). De symptomen die gepaard gaan met een epa kunnen een ernstige belemmering zijn voor het geheel functioneren en activeren in het bijzonder.

Het International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) stelt dat het functioneren van een mens wordt beïnvloed door zowel externe als interne factoren (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2001). Een persoon met een ernstige psychische aandoening is kwetsbaar voor stressfactoren vanuit de omgeving en interne stressbronnen die gerelateerd zijn aan de aandoening zoals stemmen en wanen (Movisie, 2013b).

In het onderstaande model van de ICF is duidelijk dat deze factoren beperkend werken op de niveaus van psychisch en fysiek welzijn, activiteiten en participatie, tevens beïnvloeden deze factoren elkaar circulair (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2001). Een beperking kan een belemmering zijn in het participeren, toch levert het meedoen in sociale en maatschappelijke verbanden ook een positieve bijdrage aan de gezondheid en eigenwaarde (RIVM, 2013; Weeghel, 2010).



**Figuur 1: Wisselwerking gezondheidstoestand, externe en interne factoren op activiteiten en participatie (World Health Organization, 2001).**

Activiteiten betreffen het uitvoeren van individuele taken en acties, waar participatie deelname in maatschappelijke context inhoudt (Wel, Felling & Persoon, 2002). Activering houdt ook in het stimuleren van cliënten om weer maatschappelijk te integreren (Brink & Haef, 2005). Activeren en rehabilitatie hebben dus overeenkomsten, doch is activeren breder en houdt ook individuele taken en acties in. De hulpverlener kan rehabilitatie inzetten om de participatie van de cliënt te

bevorderen, hij betreft hierbij de omgeving en probeert deze ten gunste van de cliënt te beïnvloeden, waarbij hij oog heeft voor de mogelijkheden op beide niveaus. Waarom zou iemand actief worden?

De redenen hiervoor kunnen van verschillende aard zijn:

- Ergens bij horen
- Iets doen van waarde, waardering
- Afleiding
- Dagstructuur
- Sociale contacten; nieuwe mensen leren kennen
- Vaardigheden leren
- Vergroten zelfredzaamheid
- Perspectief op een baan (Brink & Haeff, 2005)

#### **4.2 Sociale en maatschappelijke participatie**

Participatie gaat vooral over meedoen, de actor en de omgeving waarin dit plaatsvindt bepaald de vorm van participatie (Jager-Vreugdenhil, 2015). Maatschappelijke participatie zijn activiteiten in maatschappelijke context zoals (vrijwilligers) werk, scholing of het volgen van een cursus. Sociale participatie houdt sociale activiteiten in zoals het bezoeken van familie, iets ondernemen met vrienden, het bezoeken van een sportclub of buurtcentra, oftewel het aangaan van informele verbanden met anderen (Jager-Vreugdenhil, 2015). Sociale participatie kan sociale isolatie tegengaan, eenzaamheid komt veel voor onder mensen met een epa, 77% zegt zich eenzaam te voelen (zorgtegeneenzaamheid, 2015). Het is belangrijk dat hulpverleners hier aandacht voor hebben door het gesprek aan te gaan, en contacten met familie en anderen te stimuleren, het inzetten van vrijwilligers, en samenwerking met de welzijnssector en netwerkcoaches kunnen worden ingezet om eenzaamheid te bestrijden (GGZ Nieuws, 2016).

Mensen met een psychische aandoening participeren weinig op de arbeidsmarkt, overigens hebben mensen met een psychische aandoening wel wensen op dit gebied (Trimbos, 2014). Belemmeringen die mensen ondervinden bij de uitvoering van deze wensen liggen op het gebied van emotioneel functioneren en ongelijke behandeling, oftewel discriminatie op grond van de aandoening. Het gevolg van de ervaren discriminatie is dat mensen hierdoor minder initiatief nemen op het gebied van werk en leren (Trimbos, 2014; Trimbos, 2015c). De overheid voert een actief arbeidsmarkt beleid, doel hiervan is verlagen van (langdurige) werkloosheid, uitgaven (uitkeringen) en het bevorderen van participatie op de arbeidsmarkt (CPB, 2016). Middels regelgeving zoals de participatiewet worden mogelijkheden door gecreëerd om mensen met een beperking hierbij te ondersteunen zoals beschutte werkplekken (Movisie, 2016). Voor het vergroten van arbeidsparticipatie onder mensen met een psychische aandoening zijn onder andere anti-stigmastrategieën, samenwerking met werkgevers en professionals buiten de eigen kaders nodig (Trimbos, 2015a). Psychiatrische instellingen zouden zelf ook verantwoording kunnen nemen door banen te creëren in de eigen instelling (Slooff & Alphen, 2012).

De maatschappij heeft er ook belang bij dat mensen meedoen. Zo kan sociale participatie in de vorm van burenccontact bijdragen aan de sociale cohesie van een wijk, en levert maatschappelijke participatie in de vorm van (vrijwilligers) werk bij aan het welzijn en de economie van een maatschappij en haar inwoners. Het hebben van werk is voor veel mensen belangrijk en voorziet in een aantal essentiële menselijke behoeften zoals structuur, sociale contacten, zelfontplooiing, inkomsten, identiteit en status. Voor mensen met een psychische aandoening heeft werk nog andere positieve effecten; men heeft een andere rol dan cliënt en het zorgt voor destigmatisering van

mensen met een psychische aandoening, tevens kan men werk inzetten als overlevingsstrategie (Weeghel, 2016).

#### **4.3 Rehabilitatie**

Rehabilitatie is een hulpverleningsvorm die zich richt op het bevorderen en realiseren van sociale en maatschappelijke rollen voor mensen met een beperking. Van Wel (2002) hanteert de volgende definitie van rehabilitatie:

Rehabilitatie is het proces waarbij men directe hulpverlening aan de cliënt combineert met begeleiding en beïnvloeding van de omgeving, met als doel de activiteiten en participatie zoveel mogelijk te vergroten en aanwezige capaciteiten zo goed mogelijk te gebruiken in een zo normaal mogelijk sociaal kader (Wel, Felling & Persoon, 2002, p. 590).

Rehabilitatie wordt de laatste jaren sterk beïnvloed door de herstelvisie (zie 4.4). Herstel is een persoonlijk proces, waarbij rehabilitatie een methodische vorm van hulpverlening is. Rehabilitatie kan het herstelproces van de cliënt ondersteunen middels het werken aan voor de cliënt belangrijke doelen op het gebied van activiteiten en participatie (Korevaar & Droës, 2015; Weeghel, 2010).

De kernwaarden van rehabilitatie zijn volgens Droës (2003):

- Gelijkwaardigheid
- Burgerschap
- Autonomie
- De blik is gericht op perspectief, hoop en het zien van mogelijkheden in plaats van belemmeringen (Droës, 2003).

Rehabilitatie dient men goed af te bakenen en te controleren op resultaten van activiteiten en participatie, hiermee kan men de methodiek verder ontwikkelen (Wel, 2010).

##### **4.3.1 Milieurehabilitatie**

Milieurehabilitatie heeft tot doel om de activiteiten en participatie van mensen met een beperking te vergroten, de focus ligt hier bij het beïnvloeden van de omgeving, en is een antwoord op de beperkingen die de grootschaligheid van instituties met zich meebrengen. Grote instellingen kunnen schadelijk zijn voor de autonomie van bewoners. In de milieurehabilitatie wordt gestreefd naar een zo natuurlijk mogelijke omgeving (normalisatie), het vergroten van activiteiten en het bevorderen van participatie, hiervoor worden aanpassingen gedaan aan die omgeving. Een omgeving die mogelijkheden biedt en de cliënt aanspreekt op zijn vaardigheden zou tevens een bijdrage leveren aan het individuele rehabilitatieproces. Cliënten laten meebeslissen over verschillende facetten van de omgeving, zoals de inrichting, het eten, afspraken, het opzetten van activiteiten is een belangrijke voorwaarde voor milieurehabilitatie. Bij het ontbreken van wensen dient de omgeving zijn bewoners zodanig te stimuleren dat dit het ontwikkelen van een wens vergroot, het geven van informatie over mogelijkheden buiten de instelling kan hierin bijdragen. Het tegemoet komen aan individuele wensen die gericht zijn op activiteiten die bijdragen aan sociale en maatschappelijke participatie, hoort ook bij milieurehabilitatie. Milieurehabilitatie streeft naar maximale betrokkenheid van bewoners bij de instelling (Korevaar & Droës, 2015). Normalisatie van de omgeving waarin bewoners regie en verantwoording nemen in zaken aangaande de instelling leidt tot een verhoging van het activiteiten en participatieniveau van bewoners (Wel, Felling & Persoon, 2002).

#### **4.4 Herstelvisie**

In het visiedocument van GGZ Nederland 'naar herstel en gelijkwaardig burgerschap' wordt herstel als leidend principe voor de GGz sector benoemd. Herstel verwijst naar een visie van zorg waarbij men een ander doel heeft dan genezing alleen. Het gaat om een leven waarbij men naast de aandoening werkt aan het herstel van de verschillende levensgebieden (GGZ Nederland, 2009).

Op collectief niveau gaat herstel over empowerment en emancipatie van mensen met een psychische aandoening, waarbij men ook in maatschappelijke context discriminatie en stigmatisering tegengaat (Boevink & Droës, 2005). Onder herstel verstaan we het vermogen om na een traumatische ervaring, zoals een psychose of het verlies van een familielid, het leven weer op te pakken. Een leven waarin weer ruimte ontstaat voor gevoelens van hoop en zingeving en men coping-strategieën ontwikkelt voor de kwetsbaarheid. Herstel is vooral een persoonlijk proces, doch kunnen anderen in de rol als leraar of partner ondersteuning bieden tijdens dit proces (Hollander & Wilken, 2015). Een veel gebruikte definitie van herstel is die van Anthony (1993):

‘Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one’s attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with the limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one’s life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness (Anthony, 1993, p.527)’

Jaap van der Stel benoemt vier aspecten van herstel:

- Klinisch Herstel; remissie van symptomen met behulp van behandeling en medicatie
- Functioneel herstel; herstel van psychische functies als zelfbeheersing, plannen, motivatie
- Maatschappelijk herstel; verbetering van de positie op het gebied van wonen, werk, financiën en sociale relaties, leiden allen tot het versterken van de autonomie
- Persoonlijk herstel; het vormen van een nieuwe identiteit, verwerven van autonomie, en het ontwikkelen van hoop en zingeving (Stel, 2015).

Het ontbreken van mogelijkheden voor het innemen van sociale en maatschappelijke rollen en informatie over stigma worden onder andere genoemd als belemmeringen in het herstelproces. Bevorderende factoren voor herstel zijn begeleiding bij dagbesteding, werken, leren en het terugwinnen van eigen regie met bijbehorende verantwoordelijkheden (Boevink & Droës, 2005).

#### *Herstelondersteunende houding hulpverlener*

Werken vanuit de herstelvisie betekent dat de medewerker hoop en vertrouwen in de cliënt uitstraalt. De houding van de hulpverlener vanuit herstelondersteunende zorg is er een van bescheidenheid waarbij de hulpverlener zijn professionele visie terughoudend gebruikt en de cliënt ondersteunt in het ontwikkelen van zijn eigen verhaal waarbij hij een presente houding aanneemt (zie 4.8.1). In herstelverhalen van cliënten komt naar voren dat er voor maatschappelijke participatie en herstel moed nodig is om (acceptabele) risico’s te nemen (Krabbedijk, 2014; Slade, 2009b). Er kan een spanningsveld ontstaan tussen het bieden van goede zorg en het bescheiden inzetten van de professionaliteit. De hulpverlener blijft dan op de achtergrond, waarbij hij het proces onbevooroordeeld blijft volgen als de cliënt wegens inslaats waar de hulpverlener geen vertrouwen in heeft. De hulpverlener zal hierin zijn weg moeten vinden (Boevink & Droës, 2005).

#### **4.5 Dagbesteding**

Om mensen met een psychische aandoening activiteiten aan te bieden die bijdragen aan het leren van vaardigheden, zelfontplooiing en de behoefte aan dag-structuur, zijn dagactiviteitencentra opgezet (Hoof, Ketelaars & Van Weeghel, 2000). Dagbesteding kan ingezet worden om te werken aan een rehabilitatiedoel of kan een rehabilitatiedoel op zich zijn, afhankelijk van de wens en het doel van de gebruiker. Dagbesteding kan een bijdrage bieden aan het verruimen van iemands handelingsrepertoire, het opdoen van vaardigheden en sociale contacten dit alles levert een positieve bijdrage aan het zelfvertrouwen (Born, 2001). Van der Born (2001) omschrijft dagbesteding als volgt;

‘Het invullen van je dag is dus een kwestie van doelen stellen, keuzes maken, aanpassen, dealen met je omgeving, rekening houden met je mede dagbesteders, creatief problemen

oplossen, geven en nemen, lachen en huilen. Het invullen van je dagen, je leven is geen voorspelbaar proces, maar een steeds weer proberen met de mogelijkheden of onmogelijkheden van dat moment je doelen te verwezenlijken' (Born, 2001, p. 31).

Dagbesteding buiten de klinische setting heeft de voorkeur om participatie van mensen met een psychische aandoening te stimuleren, zij voorziet in een brugfunctie tussen kliniek en maatschappij (Weeghel & Wolf, 1995). Recent heeft de overheid hier verder op gestuurd middels de Wet op de maatschappelijke ondersteuning (Wmo), welke heeft gezorgd voor verdere decentralisatie van dagbesteding op gemeentelijk niveau. Deze ontwikkelingen zijn in het kader van de participatie te verdedigen, toch blijken de mensen in klinische setting de weg hier naartoe nog niet te vinden. Uit een onderzoek in Amsterdam naar het gebruik van dagbesteding blijkt dat vooral mensen die verblijven in een klinische woonvoorziening geen gebruik maken van de faciliteiten buiten de instelling. Deze doelgroep zou onvoldoende gestimuleerd worden om gebruik te maken van de mogelijkheden buiten de instelling (APCP, 1997). Volgens GGZ Nederland sluit het huidige aanbod van dagbesteding niet aan op de behoeften van cliënten. Deze onvervulde behoeften komen met name voor bij mensen die langdurig klinische zorg nodig hebben, tevens wordt er onvoldoende gebruik gemaakt van dagbesteding buiten de GGZ (GGZ Nederland, 2009).

#### **4.6 Stigma en zelfstigma**

Stigmatisering vormt een belangrijke belemmering voor participatie van mensen met een psychische aandoening. Goffman (1963) beschrijft stigma in zijn boek; 'Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity' als volgt:

'The term stigma, then, will be used to refer to an attribute that is deeply discrediting (.....). An attribute that stigmatizes one type of possessor can confirm the usualness of another, and therefore is neither creditable nor discreditable as a thing in itself'. (Goffman, 1963, p.3)

Stigmatisering zorgt voor uitsluiting oftewel discriminatie en is een belemmering voor maatschappelijke en sociale participatie van mensen met een psychische beperking (Trimbos, 2015c). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat ook hulpverleners in de GGZ hun cliënten stigmatiseren (Hoogedoorn, 2015; Slooff & Alphen, 2012). Schulze meent dat GGZ- medewerkers meer aandacht hebben voor de beperkingen dan dat zij hen in staat zien om rehabilitatiedoelen te verwezenlijken (Schulze, 2007).

Gevaarlijk en onberekenbaar zijn enkele negatieve kenmerken die in de maatschappij heersen over mensen met een psychische aandoening (Verhaeghe, 2003). Stigmatisering heeft grote gevolgen voor de gestigmatiseerden. Volgens de Modified Labeling Theory van Bruce Link (1989) heeft iedereen als kind de negatieve beelden over mensen met een psychiatrische aandoening meegekregen, ook degene met een psychische aandoening. Dit zorgt ervoor dat men gaat verwachten dat men wordt uitgesloten, door hierop te anticiperen gaan mensen zich terugtrekken uit het sociale en maatschappelijke leven, oftewel geanticipeerd stigma (Trimbos, 2015c). Als men zich vervolgens het geanticipeerde stigma eigen maakt spreekt men van zelfstigma, waarbij men zich identificeert met de negatieve stereotypen en werkelijk gelooft dat men onbetrouwbaar of minderwaardig is. Dit mechanisme tast het zelfvertrouwen aan, en kan er toe leiden dat iemand alle vormen van participatie opgeeft. Terugtrekken uit het sociale en maatschappelijk leven komt vaak voor onder psychiatrische patiënten (Kolenberg, 2009). Stereotypen over mensen met een psychische aandoening, vervelende ervaringen en teleurstellingen met betrekking tot uitstoting leveren hier een bijdrage aan.

Volgens cliënten heeft de hulpverlening ook een aandeel in het ontwikkelen van zelfstigma bij cliënten, door bijvoorbeeld een paternalistische houding waarbij de hulpverlener in zijn 'ik weet wat goed voor jou is' houding de cliënt kleineert (Korevaar & Droës, 2015).

Zelfstigma kan dus een bijdrage hebben in het ontbreken van doelen. In de dagelijkse praktijk dient de hulpverlener alert te zijn op zelfstigma door het zelfbeeld van de cliënt bespreekbaar te maken. Indien er sprake is van een negatief zelfbeeld en vooroordelen over mensen met een psychische aandoening bij de cliënt dient hij deze te ontkrachten (Korevaar & Droës, 2015). Het stimuleren van lotgenotencontact, bevestigen van de autonomie en de cliënt informeren over herstel dragen ook bij aan een verbetering van het zelfbeeld. Empowerment, oftewel het (her-) ontdekken van de eigen kracht, kan de cliënt helpen om de regie over zijn leven terug te krijgen en is de basis voor herstel (Haan, 2013; Hendriksen-Favier, Nijnsens & Rooijen, 2012). De inzet van ervaringsdeskundigen op de werkvloer heeft ook destigmatiserende werking op cliënten, hulpverleners én de beeldvorming in de samenleving over mensen met een psychische beperking (Plooy, 2012; Karbouniaris & Brettschneider, 2008). Het is taak van de GGz om hier aandacht aan te geven, op collectief niveau door bijvoorbeeld het geven van voorlichting, het stimuleren van contact tussen cliënten en andere burgers maar ook door collega's hierop te attenderen (Trimbos, 2015c). Het is van belang dat er in de maatschappij ruimte en mogelijkheden worden gecreëerd voor mensen met een psychische aandoening om de participeren (Weeghel, 2010), want 'Hope dies when opportunity fails', aldus Slade (2009a).

#### **4.7 Motivatie; de zelfdeterminatietheorie (ZDT)**

Als we weten wat mensen in beweging brengt kunnen we als hulpverlener hierop inspelen als we het hebben over het stellen van doelen. Om in beweging te komen wordt onderscheid gemaakt tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie (Schermer, 2015; Alblas & Wijsman, 2013). Intrinsieke motivatie komt vanuit een innerlijke behoefte waar extrinsieke motivatie gericht is op de (verwachte) uitkomsten van de inspanning.

De zelfdeterminatie theorie (ZDT) van Deci & Ryan (2001) is een theorie over motivatie die een positief mensbeeld als vertrekpunt heeft en stelt dat ieder persoon in staat is om te veranderen indien er voldoende ondersteuning is (Verstuyf & Vansteenkist, 2008). In de ZDT staan drie menselijke behoeften centraal; het aangaan van verbinding met anderen, de behoefte aan autonomie en het doen van activiteiten waar je goed in bent (Westerhof, 2013). Ook hier wordt een onderscheid gemaakt tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie. Als een persoon iets doet vanuit een intrinsieke motivatie, dan beleeft hij plezier aan het gedrag zelf. Bij extrinsieke motivatie is het gedrag een doel om er iets anders mee te bereiken. Bij extrinsieke motivatie kan dan nog sprake zijn tussen verschillende vormen van motivatie die van belang kunnen zijn bij het ondersteunen van de cliënt in een hulpverleningssituatie. Er wordt in de ZDT gebruik gemaakt van drie vormen van extrinsieke motivatie;

- een externe noodzaak (moeten/dwang)
- een interne plicht (geïnternaliseerde externe plicht)
- en een persoonlijk belang

Bij een gedragsverandering omwille van externe noodzaak (opgelegd door dwang of regels) of door een zichzelf opgelegde plicht om schuld, angst of schaamte te voorkomen zijn beiden het gevolg van extrinsieke motivatie. Interne plicht en externe noodzaak zijn vormen van extrinsieke motivatie en kunnen een bron van stress zijn omdat de persoon een botsing met zijn eigen intrinsieke wensen ervaart. De laatste vorm van extrinsieke motivatie is gebaseerd op het persoonlijk belang, deze vorm van motivatie is gebaseerd op inzicht, men ziet in dat men zich aan regels moet houden om iets te bereiken. Het verschil zit hem in het feit dat men zelf de urgentie inziet van de gedragsverandering, en men mede hierom een vrijheid van keuze ervaart, dit in tegenstelling tot de extern of intern opgelegde verplichting (Verstuyf & Vansteenkist, 2008). In de ZDT behoren de intrinsieke motivatie en de variant 'persoonlijk belang' van de extrinsieke motivatie beiden tot de autonome motivatie, en zijn beiden gebaseerd op de eigen wil. In het sociale werk maar ook in andere sectoren zoals onderwijs is men inmiddels overtuigd dat opgelegde motivatie middels regels en dwang op lange

termijn weinig tot geen effect hebben op het gewenste gedrag (Vansteenkiste, Soenens, Sierens & Lens, 2005).

Als men gedrag wil veranderen zou het beïnvloeden van de autonome motivatie volgens ZDT de mens aanzetten tot beweging. Het aanwakken van de intrinsieke motivatie zou dus kunnen door het goed in kaart brengen van wensen, doelen en te kijken naar iemands kwaliteiten. Het hebben van een wens of doel zal in de uitvoering kunnen voorzien in de behoefte aan en ontwikkeling van autonomie door de verbinding met anderen en het doen van dingen waar men goed in is. Hiermee wordt ook de extrinsieke motivatie van persoonlijk belang aangewakkerd. Door het stimuleren en vergroten van iemands gevoel van autonomie zal de intrinsieke motivatie voor het bereiken van doelen toenemen (Vansteenkiste, Soenens, Sierens & Lens, 2005).

#### **4.8 Het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH)**

Het hoofddoel het van Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen is het ondersteunen van mensen met een psychische aandoening in hun herstelproces (Movisie, 2013b). De principes waarop binnen de SRH wordt gestuurd zijn de kwetsbaarheid van de cliënt en de kwaliteit van de omgeving, hierin is de wens van de cliënt leidend. De aandachtsgebieden zijn breed en het SRH is hierom volgens Korevaar en Droës een methode voor algehele zorg, oftewel een integrale rehabilitatiebenadering (Korevaar&Droës, 2015).

In het SRH komt het ondersteunen van de cliënt in zijn herstelproces tot uiting in de volgende subdoelen:

- Het realiseren van wensen en doelen op de kwaliteit van leven
- Zelfredzaamheid; middels het zoeken naar krachten in de persoon zelf en hulpbronnen van buiten zodat deze kunnen worden ingezet in het omgaan met de kwetsbaarheid
- Participatie; het innemen van sociale rollen, vergroten van de kwaliteit van sociale netwerk en leefomgeving (Movisie, 2013b).

##### **4.8.1 Visie SRH**

De basisprincipes van SRH zijn gericht op herstel, presentie en kracht, hieronder volgt een beschrijving van deze principes. De houding van de hulpverlener is hierop gebaseerd.

##### *Herstelgericht*

Bij het bieden van goede zorg vanuit een herstelondersteunende visie is het van belang dat verschillende aspecten aan bod komen; naast symptoomreductie dient er sprake te zijn van maatschappelijk en persoonlijk herstel (Kenniscentrum Phrenos, 2014).

In hoofdstuk 4.4 is het concept herstel uitgebreid omschreven.

##### *Vijf pijlers*

Het herstelproces bestaat uit 5 pijlers het SRH richt zich op het versterken hiervan:

- ✓ Motivatie; het ontwikkelen van hoop, zingeving en wensen
- ✓ Autonomie; opbouwen van levensverhaal, empowerment
- ✓ Kennis en ontwikkeling; copingsvaardigheden, cognitief, sociaal-emotioneel, vergroten zelfregie
- ✓ Status en betekenisgeving; zoeken naar activiteiten die als zingevend worden ervaren, opbouwen sociaal en maatschappelijk netwerk
- ✓ Sociale en materiële steun; lotgenotencontact, ondersteuning van familie en belangrijke anderen, huisvesting (Hollander & Wilken, 2015).

##### *Presentiegericht*

De presentiebenadering, ontwikkeld door Andries Baart (2003), past goed in de herstellvisie waarbij steun van anderen een belangrijke rol speelt in het herstelproces. Belangrijk in deze benadering is

dat de hulpverlener zich als medemens opstelt en hierbij naast de cliënt erkenning biedt voor zijn situatie en lijden. Bij presentiegericht werken kom je als hulpverlener dichtbij de cliënt en is het opbouwen van een gelijkwaardige relatie een eerste vereiste om de hulpverlenersactiviteiten daarna te laten doen slagen. Uitgangspunten zijn dat ieder mens waardevol is en recht heeft op een menswaardig bestaan, waarbij men zo nodig ondersteuning biedt in het zoeken naar zingeving (Hollander & Wilken, 2015). Door de toegenomen bureaucratie in de zorg en de hiermee gepaard gaande tijdrovende handelingen in combinatie met minder personeel door bezuinigingen kan er sprake zijn van tijdsdruk, en minder tijd voor de cliënt (Hassel, Tonkens & Hoijtink, 2012). Presentie staat voor aandacht, waarbij de hulpverlener uitstraalt alle tijd te hebben (Hollander & Wilken, 2015), dit kan op gespannen voet staan met de dagelijkse praktijk.

#### *Krachtgericht*

Geïnspireerd op het Strengths Model van Charlie Rapp (Rapp & Goscha, 2011) is het krachtenmodel, oftewel empowerment, geïntegreerd in het SRH. Naast de erkenning van kwetsbaarheden in de presentie, is het richten op krachten, fysiek welbevinden en omgevingsbronnen nodig om perspectief en tegenkracht te bieden voor problemen en kwetsbaarheden. Het zoeken en gebruiken van de krachten op individueel, sociaal en maatschappelijk niveau zorgt voor het vergroten van zelfvertrouwen, eigen regie en mogelijkheden. De SRH werker gaat samen met de cliënt op zoek naar deze krachten in het nu en het verleden. Gericht op de toekomst kunnen zij dan samen met de cliënt kijken hoe hij deze krachten kan inzetten om zijn huidige wensen te verwezenlijken. De hulpverlener richt de focus op de krachten die de cliënt heeft op verschillende levensgebieden. Als deze zijn verzameld wordt er gekeken naar de ambities (wensen) op deze levensgebieden voor de toekomst, zo kan men inventariseren hoe men deze krachten kan inzetten die kunnen bijdragen aan het bereiken van het doel (Hollander & Wilken, 2015).

#### *Kwetsbaarheid*

Iemand met een ernstige psychische aandoening ervaart kwetsbaarheden op het gebied van psychische en lichamelijke functies, activiteiten en participatie. Mensen kunnen hiervoor mogelijkheden (krachten/hulpbronnen) inzetten om tegenwicht te bieden voor deze kwetsbaarheid. Zo zijn voldoende rust, medicatie en praten met iemand tegenkrachten voor kwetsbaarheden op psychische en lichamelijke functies. Het inzetten van vaardigheden en mogelijkheden voor het innemen van sociale en maatschappelijke rollen zijn tegenkrachten op het gebied van kwetsbaarheden bij activiteiten en participatie (Hollander & Wilken, 2015).

Volgens Hollander en Wilken (2015) ontstaan door herstel- present- en krachtgericht werken mogelijkheden voor de cliënt om te participeren in de samenleving (Hollander & Wilken, 2015)

#### **4.8.2 Persoonlijk profiel en plan**

Met het persoonlijk profiel inventariseert de persoonlijk begeleider met de cliënt zijn krachten in het nu en uit het verleden op de verschillende levensgebieden. De krachten worden 'verzameld' op persoonlijke kwaliteiten, talenten, omgevingsbronnen, passies, interesses en opgedane kennis en levenservaring. Vanuit deze inventarisatie ontstaan vaak ambities en wensen, het gaat om die levensgebieden of wensen waar de cliënt zingeving ervaart of die om andere reden belangrijk zijn. Deze wensen worden omgezet in doelen in het persoonlijk plan waarin activiteiten worden beschreven die de cliënt zelf en/of met ondersteuning van anderen doet om het doel te bereiken (Hollander & Wilken, 2015).

#### **4.8.3 Belemmeringen bij het achterhalen van de wens**

Mensen met een ernstige psychische aandoening missen vaak de competentie om weloverwogen keuzes te maken, hierin hebben zij ondersteuning nodig (Liégeois & Audenhove, 2005). Mensen die al een lange tijd verblijven in een instelling hebben doorgaans moeite het stellen van wensen, rehabilitatie gaat uit van de wensen van de cliënt.

De ontwikkeling waarbij het aanbod van zorg is verschoven naar de hulpvraag van de cliënt eist een andere houding en kwaliteiten van de hulpverlener. Bij de cliënt die zijn wens moeilijk kan verwoorden, geen wens lijkt te hebben of ambivalentie toont in zijn wensen, is dit geen makkelijke opgave voor de hulpverlener (Werf & Kaasenbrood, 2003). Bij het in kaart brengen van wensen heeft men ook de nodige zelfkennis nodig. Een psychische aandoening als schizofrenie ontstaat vaak in de adolescentie. De traumatische ervaring van een opname zorgt behalve voor hospitalisatie en (zelf) stigma voor een achteruitgang of stagnatie in de ontwikkeling en eigen identiteit (Nimwegen, Haan, Beveren, Brink & Linszen, 2007). Het risico van langdurige aandoeningen is dat persoon zich gaat identificeren met de ziekte waarmee zijn autonomie verloren kan gaan, het is van belang dat iemand zijn identiteit opnieuw vorm gaat geven, een mens is namelijk meer dan zijn aandoening. Het proces van het weer (her-) ontdekken van wat men leuk vindt, hobby's, talenten en welke waarden iemand belangrijk vindt wordt in de herstelliteratuur omschreven als het persoonlijk herstel, en lijkt de motor van andere vormen van herstel te zijn (Stel, 2015). Het onderzoeken van een wens is geen eenvoudige opgave, tussen de wens en het doel zit een fase van onderzoeken. Met het onderzoeken van de persoonlijke voorkeuren met betrekking tot de wens kan de cliënt de wens beter in beeld krijgen. Aan de hand van deze criteria wordt de gewenste omgeving beschreven en de mensen die hierin kunnen ondersteunen. Ook worden de vaardigheden die nodig zijn om de wens te realiseren besproken, hierdoor komen behalve de mogelijkheden ook de barrières aan het licht. Onvoldoende informatie over mogelijkheden en onvoldoende zicht op hoe dit te bereiken leiden vaak tot een gebrek aan persoonlijke criteria. Door het in kaart brengen van de mogelijkheden en door de wens kleiner te maken krijgen mensen hier meer zicht op. Het goed in beeld krijgen van de wensen en behoeften en de cliënt informeren over de mogelijkheden voor participatie worden door cliënten als belangrijke competenties gezien voor een hulpverlener (Anoiksis, 2017).

#### **4.8.4 SRH hulpmiddelen om de wens duidelijk in beeld te krijgen**

Het SRH biedt extra hulpmiddelen om de wensen concreter te maken, zoals een 'inventarisatie persoonlijke voorkeuren' hier kunnen voorkeuren en voorwaarden met betrekking tot de wens geïnterviewd worden. Bij de volgende stap; het daadwerkelijk uitwerken van doelen in het persoonlijk plan, kan de cliënt ook moeite hebben om te kiezen welke stappen hij kan nemen. Een werkblad opties is een hulpmiddel om de voor- en nadelen van de verschillende mogelijkheden in kaart te brengen (Hollander & Wilken, 2015).

Als de cliënt al een duidelijke wens heeft kan men met behulp van het formulier 'inventarisatie persoonlijke voorkeuren' de wens beter in beeld krijgen, waarbij gekeken wordt naar plaatsbepaling, mensen, middelen, tijd, kennis en vaardigheden, waarden, informatie, activiteiten en het bepalen van een tijdsindicatie. Voor een uitgebreidere beschrijving van de methodiek van het SRH verwijs ik u naar bijlage 2.

#### **4.9 Conclusie literatuurstudie**

Zoals uit de literatuurstudie is gebleken hebben mensen met een psychische aandoening veelal on vervulde behoeften op gebieden van sociale en maatschappelijke participatie. Tevens blijken mensen in langdurende woonvoorzieningen en klinische afdelingen weinig gebruik te maken van dagbesteding. Vanuit de literatuur is duidelijk geworden dat het innemen van sociale en maatschappelijke rollen een belangrijke bijdrage leveren in het herstelproces en het ervaren van geluk bij mensen met een ernstige psychische aandoening

Belemmeringen bij het innemen van sociale en maatschappelijke rollen aan de kant van de cliënt kunnen zich bevinden in de symptomen van de aandoening, medicatie, de gevolgen van hospitalisatie, zelfstigma en een gebrek aan mogelijkheden voor participatie. Bij het onderzoeken van een participatiewens is de beschikbaarheid van informatie bij hulpverlening en cliënt en de mogelijkheden voor participatie in de samenleving van belang. Uit de literatuur komt naar voren dat hiervoor samenwerking tussen GGZ en maatschappelijke partners noodzakelijk is. Met behulp van herstelondersteunende zorg kan de eigen regie gestimuleerd worden welke zorgt voor het vergroten

van de autonomie, welke kan bijdragen aan de ontwikkeling van doelen en wensen. Hierbij kan de medewerker in bijdragen middels het geven van informatie over zelfstigma, en ruimte bieden voor het eigen verhaal en het stimuleren van peer support. Het betrekken van de omgeving of deze te versterken zijn hulpbronnen om de sociale en maatschappelijke participatie te ondersteunen. Aan de kant van de hulpverlener wordt een presente, en gelijkwaardige houding verwacht waarin de medewerker tijdig weet te schakelen in het teruggeven van verantwoordelijkheid om zelfregie te vergroten. Tevens ondersteunt hij de cliënt in het zoeken naar zingevende activiteiten. Er kan spanning ontstaan met het leveren van goede zorg alsmede de toegenomen werkdruk door bezuinigingen en bureaucratie. Een presente houding is van belang bij het goed onderzoeken van de wensen van cliënten, hierbij heeft iemand met een psychische aandoening ondersteuning nodig. De methodiek waarmee de medewerkers van Klinisch Herstel werken, het SRH, staat voor een herstelondersteunende en presente houding van de hulpverlener, en biedt de hulpverlening een verscheidenheid aan hulpmiddelen die de hulpverlener hiervoor kan inzetten. Aldus de bevindingen uit de literatuur.

## **H5 Doelstelling**

Het doel van dit onderzoek is om te onderzoeken hoe de medewerkers van Klinisch Herstel de bewoners kunnen ondersteunen bij het (her-) innemen van sociale en maatschappelijke rollen. Middels een praktijkonderzoek kunnen de belemmeringen die zich afspelen in de praktijk in kaart worden gebracht. Met behulp van de literatuur en ervaringen van medewerkers en bewoners kan na een analyse bepaald worden welke factoren meespelen bij dit probleem en welke mogelijkheden er zijn voor een passende oplossing. Het doel van dit onderzoek is om een passend advies en bruikbare handvatten te ontwikkelen die in de praktijk kunnen bijdragen aan het ondersteunen van de bewoners bij sociale en maatschappelijke participatie. Het bijdragen aan de rehabilitatie van cliënten van Rivierduinen draagt tevens bij aan de uitvoering van de visie van Rivierduinen in de dagelijkse praktijk. De onderzoeker gaat middels het houden van semi-gestructureerde interviews medewerkers en bewoners bevragen

### **Hoofdvraag:**

Hoe kunnen medewerkers van de afdeling Klinisch Herstel van Rivierduinen de bewoners ondersteunen bij sociale en maatschappelijke participatie, zodat de bewoners zelfgewenste sociale en maatschappelijke rollen kunnen gaan innemen?

De onderzoeksvraag is opgedeeld in onderstaande deelvragen

### **Deelvragen**

1. Hoe worden de sociale en maatschappelijke wensen van cliënten in beeld gebracht?
2. Wat zet de medewerker in om de cliënt te ondersteunen bij sociale en maatschappelijke participatie?
3. Welke belemmerende en bevorderende factoren ervaart de medewerker bij het ondersteunen van bewoners op de gebieden van sociale en maatschappelijke participatie?
4. Welke behoeften hebben bewoners op het gebied van sociale en maatschappelijke participatie?

## **H6 Methodologie**

Dit onderzoek is een kwalitatief praktijkgericht onderzoek en wordt in het werkveld gedaan waarmee de context van het praktijkprobleem in het onderzoek wordt betrokken. In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd. Hierbij komen eerst onderzoeksopzet en groep aan bod en worden de methoden en instrumenten voor het verzamelen van data besproken. Vervolgens wordt verantwoord op welke wijze deze data is geanalyseerd. Het hoofdstuk sluit af met de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek.

### **6.1 Onderzoeksopzet**

Voor dit onderzoek is allereerst een literatuuronderzoek gedaan. De data uit de interviews vergeleken met de literatuur. In dit onderzoek zijn zowel medewerkers als cliënten geïnterviewd, ook deze uitkomsten zullen met elkaar worden vergeleken. Daar hier sprake is van een vergelijking van de theorie met de beroepspraktijk, spreken we van een vergelijkend onderzoek (Donk & Lanen, 2015). In hoofdstuk 5 zijn de vier deelvragen aan bod gekomen die gezamenlijk de hoofdvraag van dit onderzoek beantwoorden. Voor het beantwoorden van deze deelvragen zijn medewerkers én cliënten bevraagd middels een semi-gestructureerd interview.

-Deelvraag één t/m drie zijn beantwoord met behulp van face-to-face semi-gestructureerde interviews door de medewerkers van Klinisch Herstel.

-Deelvraag vier is beantwoord door de bewoners met behulp van face-to-face semi-gestructureerde interviews.

## **6.2 Respondenten**

### *Medewerkers*

Voor het selecteren van de respondenten heeft de onderzoeker gebruik gemaakt van een selecte steekproef. De criteria voor respondenten uit de medewerkers groep zijn dat zij de functie van persoonlijk begeleider (pb-er) uitoefenen en de SRH cursus hebben afgerond. Deze criteria zijn van belang omdat alleen de pb-er de plannen met de bewoner maakt, deze plannen worden met behulp van het SRH opgesteld. In totaal voldoen 13 medewerkers aan deze criteria. Deze 13 medewerkers zijn via de mail uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Omdat het aantal medewerkers die voldoen aan de criteria niet erg groot is heeft de onderzoeker zeven medewerkers geselecteerd. Bij de selectie is tevens gebruik gemaakt van de opleidingsachtergrond van de medewerker, zodat de groep een representatieve afspiegeling was voor de populatie medewerkers.

### *Bewoners*

Deelvraag vier is gericht op de bewoners. Voor het selecteren van respondenten heeft de onderzoeker voor de criteria rekening gehouden met de vraag van het management. Zij wilde graag dat het onderzoek zich richtte op bewoners in de leeftijdscategorie van 20 t/m 42 jaar, en niet langer dan anderhalf jaar in zorg waren bij Klinisch Herstel bij de aanvang van het onderzoek. Andere criteria zijn dat zij geen werk of meer dan twee dagdelen structurele dagbesteding hebben. Er diende tevens sprake te zijn van een zekere psychische stabiliteit bij deze groep respondenten. Bewoners die aan deze criteria voldeden zijn persoonlijk benaderd door de onderzoeker. Hiervoor is gekozen omdat een andere manier van communiceren met cliënten niet aanwezig was en dit meer in de lijn ligt met de cultuur op de afdeling. Het aantal bewoners dat voldeed aan deze criteria was bij aanvang van het onderzoek 10, de onderzoeker heeft vijf bewoners geselecteerd. De eerste vijf bewoners die aangaven mee te willen doen werden geselecteerd. Dit zorgt voor een zekere objectiviteit voor de keuze van geselecteerde respondenten.

## **6.3 Topics en interview**

De interviews zijn individueel en semi-gestructureerd afgenomen. Bij het opstellen van vragen voor het semi-gestructureerde interview is gebruik gemaakt van de topics uit de literatuur. Topics zijn thema's die betrekking hebben op het onderwerp, en geven een zekere structuur aan het interview (Baarda, 2005). Voor een uitgebreide beschrijving van de topics en de interviewvragen verwijst ik u naar de bijlage 1.

## **6.4 Betrouwbaarheid en validiteit**

Menselijke fouten of omstandigheden kunnen van invloed zijn op de antwoorden en betrouwbaarheid van het onderzoek, voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van opnameapparatuur, waarmee voorkomen werd dat de informatie anders wordt weergegeven dan bedoeld (Donk & Lanen, 2015). Alle respondenten uit dezelfde onderzoeksgroep kregen dezelfde vragen. Hiermee zorg je voor betrouwbaarheid omdat de antwoorden hierdoor vergelijkbaar zijn, wat de analyse van de resultaten ten goede komt. Vóór het afnemen van de interviews heeft de onderzoeker twee proefinterviews afgenomen bij collega's. Onduidelijke en suggestieve vragen zijn naar aanleiding van de feedback van deze collega's verwijderd of aangepast.

Het afnemen van de interviews van de medewerkers heeft individueel en in aparte ruimtes op de afdeling plaatsgevonden. Hierdoor heeft er weinig storing vanaf de werkvloer plaatsgevonden tijdens het afnemen van de interviews. De interviews zijn afgenomen op tijden waar de kans op storing het geringste was; in de avonden of weekenden of net na de overdracht als er een dubbele bezetting van medewerkers was. Hiermee is voorkomen dat de respondent tijdsdruk of storing ervaarde, tijdsdruk kan ervoor zorgen dat de respondent korte antwoorden geeft en tast zo de betrouwbaarheid aan. Interviews met bewoners hebben plaatsgevonden in hun eigen appartement, of in een aparte ruimte op de afdeling. Hierin had de respondent zelf de keuze. Dit heeft behalve een gevoel van veiligheid ook gezorgd voor een gelijkwaardige situatie. Om de betrouwbaarheid te verhogen is getracht

sociaal wenselijke antwoorden op gevoelige thema's te voorkomen middels het bevragen van onderwerpen met behulp van een casus. Ook het garanderen van de anonimiteit bij de respondenten draagt bij aan de betrouwbaarheid. Anonimiteit draagt bij aan het gevoel van veiligheid bij de respondent welke effect heeft in het durven uitspreken van de eigen mening en gevoelens. Methodische triangulatie is toegepast door het raadplegen van verschillende bronnen; literatuuronderzoek, en het interviewen van medewerkers én bewoners, data vanuit verschillende perspectieven verhoogt de betrouwbaarheid van je onderzoek (Donk & Lanen, 2015). De interviews zijn direct, in ieder geval binnen 48 uur getranscribeerd van audiodata naar teksten en er zijn tijdens of na de interviews door de onderzoeker notities gemaakt als er sprake was van een storing tijdens het afnemen van de interviews. Dit heeft bijgedragen aan de betrouwbaarheid van het onderzoek. Om de privacy van bewoners te garanderen zijn de antwoorden van de interviews uit deze groep door de onderzoeker met behulp van een laptop vastgelegd, dit ging sneller dan gebruik te maken van pen en papier en is getracht dat er zo min mogelijk informatie verloren ging.

Om de validiteit te verhogen heeft de onderzoeker zeven medewerkers geïnterviewd welke qua opleidingsachtergrond een evenredige en gevarieerde samenstelling vertegenwoordigden van het team. De groep respondenten bestond uit twee verpleegkundigen, twee agogisch medewerkers en drie medewerkers die zijn opgeleid op beide vakgebieden. Dit zorgde voor een representatieve afspiegeling van de totale populatie van medewerkers.

Tijdens de onderzoeksopzet en de uitvoering van het onderzoek is er contact geweest tussen de onderzoeker, de opdrachtgever, collega's, de cliëntenraad en andere belanghebbenden in de organisatie en externe organisaties die betrokken zijn bij dagbesteding. Ook is er contact geweest met partners in het sociale domein die zorg dragen voor de uitvoering van de participatiewet, zoals de Dienst Zijlbedrijven (DZB) en Idoe. Door te overleggen met verschillende partijen die belang kunnen hebben bij het onderzoek zorg je als onderzoeker voor democratische validiteit. Het onderzoeksproces is gericht op het vergroten van inzicht bij de professionals voor het ondersteunen van mensen bij het stellen en uitvoeren van rehabilitatiedoelen. Deze insteek kan een bijdrage leveren aan de verbetering van de beroepspraktijk en zorgt zo voor een katalyserende validiteit. Tijdens de onderzoeksopzet heeft de onderzoeker feedback gekregen van mede studenten, docenten, de studieloopbaanbegeleider en werkbegeleider. De rol van 'critical friend' werd door één collega, één ex-collega en een docent van de Haagse Hogeschool (van een andere faculteit) genomen. Tijdens de opzet van mijn onderzoek hebben zij regelmatig meegelezen en de onderzoeker van feedback voorzien, hiermee zorg je voor dialogische validiteit (Anderson & Herr, 1999).

### **6.5 Procedure van analyse**

Voor de analyse is het nodig om de grote hoeveelheid aan data te reduceren zodat alleen de informatie die nodig is om de onderzoeksvraag te beantwoorden overblijft. De onderzoeker heeft dit gedaan met behulp van thematisch coderen. Voor het analyseren van de data heeft de onderzoeker met behulp van de belangrijkste uitkomsten van het literatuuronderzoek, van tevoren thema's (topics) opgesteld welke lijdend waren voor de deelvragen. Vervolgens zijn de stukken tekst die betrekking hebben op het betreffende thema samengevat en in een horizontale tabel gezet zodat de antwoorden per thema vergeleken konden worden. Hierna zijn de verschillende uitkomsten per thema geanalyseerd op onderling verband en betekenis. De deelvragen zijn hierin leidend geweest, informatie die niet heeft bijgedragen aan het beantwoorden van de deelvraag is niet meegenomen in de analyse gelaten. De uitkomsten van de deelvragen zijn hierna wederom vergeleken en geanalyseerd met de bevindingen uit de literatuur (Donk & Lanen, 2015).

## **H7 Resultaten en Analyse**

In dit hoofdstuk worden eerst resultaten die bijdragen aan het beantwoorden van de hoofdvraag per deelvraag beschreven. Hierna komen na een analyse met behulp van de literatuur de overeenkomsten, verschillen en patronen aan bod, waarna antwoord kan worden gegeven op de deelvraag.

### **7.1 Deelvraag 1: Onderzoeken van de rehabilitatiewens**

Om antwoord te krijgen op de eerste deelvraag werd onder andere de toepassing van de gebruikte methodiek, het SRH, in de praktijk onderzocht. Ook werd in kaart gebracht welke andere kennis en vaardigheden de medewerker inzet om doelen en wensen bij cliënten te achterhalen. Tevens werd er onderzocht of respondenten zelfstigma als een mogelijke oorzaak benoemen van inactiviteit bij cliënten.

#### Het SRH

Om de wens van de cliënt te onderzoeken gebruikt het SRH onder andere het krachtenmodel. Met behulp van deze krachten kunnen wensen en doelen gevormd worden. Alle respondenten gebruiken het krachtenmodel, waarbij het persoonlijk profiel wordt gebruikt om deze te inventariseren. Vijf respondenten zetten deze ook in voor doelen, waarbij drie respondenten aangeven hierbij het verleden te betrekken

*“je probeert bij iemand de motivatie te vinden om bepaalde doelen te gaan bereiken daar ga je naar op zoek dus door te praten over die krachten in het verleden”*

Op de vraag welke hulpmiddelen die het SRH biedt de respondenten hiervoor nog meer inzetten, geven vijf respondenten aan het persoonlijk profiel en plan te gebruiken. Twee respondenten benoemen de ondersteuningsafspraken in te zetten; deze zijn behulpzaam als er al een doel is. Drie respondenten geven aan dat het invullen van formulieren een belemmering is in de praktijk. De hoeveelheid van formulieren en het ontbreken van bereidwilligheid van de cliënt worden als belemmerende factoren genoemd.

*“ik moet eerlijk zeggen dat ik geen gebruik maak van de hulpmiddelen maar dat is voornamelijk omdat de meeste cliënten waar ik mee werk niet zo houden van dingen invullen”*

Twee respondenten wijten hun gebrek aan kennis over de mogelijkheden van het SRH voor het niet gebruiken van de hulpmiddelen. Op de vraag of de methodiek voldoende handvatten biedt om wensen in beeld te brengen noemen vijf respondenten dat het SRH hierin voorziet. Vijf Respondenten geven wel aan dat zij belemmeringen ervaren in de realisatie van de doelen. Deze factoren komen in deelvraag drie uitgebreid aan bod.

#### Kennis en vaardigheden naast het SRH

Vijf respondenten gebruiken naast het SRH ook andere kennis en vaardigheden bij het in beeld brengen van doelen zoals kennis over de aandoening, medicatie, gesprekstechnieken en de opgedane praktijkervaring. Twee respondenten zetten allen het SRH in. Respondenten benoemen zelfstigma bij bewoners niet als een mogelijke factor van inactiviteit, oorzaken hiervan liggen bij te weinig stimulans, de aandoening of het handelen van de pb'er. Vijf respondenten zetten 'het in gesprek blijven' met de cliënt in bij aanhoudende inactiviteit, waarbij zij de cliënt stimuleren of kijken naar de mogelijkheden en interesses van cliënten.

*“moeilijk ook om ermee om te gaan, je blijft zo'n cliënt natuurlijk motiveren, en in gesprek gaan denk ik dat dat heel belangrijk is”*

### **Analyse deelvraag 1**

Respondenten gebruiken het persoonlijk profiel, plan en het krachtenmodel om de wensen van bewoners in beeld te krijgen. Er wordt niet optimaal gebruik gemaakt van de extra hulpmiddelen die het SRH hiervoor biedt zoals een 'inventarisatie persoonlijke voorkeuren' en het 'werkblad opties'. Mensen met een ernstige psychische aandoening missen vaak de competentie om keuzes te maken (Liégeois & Audenhove, 2005), deze hulpmiddelen kunnen hierbij ondersteunen. Vanuit de probleemanalyse werd duidelijk dat het bij bewoners ontbreekt aan rehabilitatiedoelen. Het goed in beeld krijgen van de wensen en behoeften wordt door cliënten benoemd als een belangrijke competentie voor hulpverleners (Anoiksis, 2017). Door doelen duidelijk in beeld te krijgen wordt de intrinsieke motivatie aangewakkerd, welke bijdraagt aan het verwezenlijken van dit doel (Vansteenkiste, Soenens, Sierens & Lens, 2005). De hoeveelheid van formulieren en het ontbreken van bereidwilligheid bij bewoners zijn belemmeringen voor het gebruik van de hulpmiddelen. Respondenten geven aan dat het SRH wel voldoende handvatten biedt om rehabilitatiewensen te onderzoeken, zij benoemen wel belemmeringen in de praktische uitvoering hiervan. Een ernstige psychische aandoening kan zorgen voor een verstoring in de eigen identiteit en zelfstigma (Nimwegen, Haan, Beveren, Brink & Linszen, 2007). Het zelfvertrouwen kan hierdoor worden aangetast, inactiviteit kan hiervan een mogelijke uiting zijn. De onderzoeker wilde weten of respondenten zelfstigma bij cliënten als mogelijke oorzaak van inactiviteit herkennen. Respondenten geven hierop verschillende oorzaken aan die niet verwijzen naar zelfstigma. Als mogelijke interventie op aanhoudende inactiviteit geeft een meerderheid aan dat zij in gesprek blijven en hierbij de bewoner probeert te stimuleren door het zoeken naar interesses en mogelijkheden.

### **Antwoord op deelvraag 1**

Hoe worden de sociale en maatschappelijke wensen van cliënten in beeld gebracht? Medewerkers gebruiken het persoonlijk plan en profiel (krachteninventarisatie) om rehabilitatiewensen van bewoners te onderzoeken. Bewoners hebben nauwelijks wensen voor sociale en maatschappelijke participatie. Er wordt door medewerkers geen gebruik gemaakt van de hulpmiddelen die het SRH biedt om wensen beter in beeld te krijgen, dit terwijl mensen met een epa moeite hebben met het maken van keuzes en hierbij wellicht extra ondersteuning bij nodig hebben (Liégeois & Audenhove, 2005). Zelfstigma kan een volgende oorzaak zijn van de inactiviteit bij bewoners, respondenten lijken zich niet bewust te zijn van deze factor bij aanhoudende inactiviteit bij de bewoner. Om zelfstigma effectief aan te kunnen pakken zal de medewerker zich eerst bewust moeten zijn van een mogelijke aanwezigheid van deze factor.

### **7.2 Deelvraag 2: Ondersteuning bij rehabilitatie**

Hieronder worden de resultaten beschreven van deelvraag twee. In deze deelvraag is de inzet van middelen, vaardigheden, kennis en attitude, welke bijdragen aan de rehabilitatie van bewoners, onderzocht. Na een analyse van de resultaten kan antwoord worden gegeven op deelvraag twee; "Wat zet de medewerker in om de cliënt te ondersteunen bij sociale en maatschappelijke participatie?"

#### **Visie herstel**

De onderzoeker heeft de respondenten gevraagd wat zij onder herstel verstaan. De antwoorden waren zeer gevarieerd. Drie respondenten benoemen dat herstel het leren omgaan met de ziekte is, en dat de cliënt zich daarbij gelukkig voelt. Waarbij de blik gericht is op mogelijkheden.

*"Herstel is met name als mensen ermee om weten te gaan dat ze de ziekte die ze hebben en dat ze zich er niet ongelukkig bij voelen"*

Het benadrukken van het gezonde gedeelte en op zoek gaan naar de mogelijkheden wordt door twee respondenten genoemd. Twee respondenten benoemen dat het sociaal en maatschappelijk

participeren door cliënten een vorm van herstel is. Om het herstel te ondersteunen geven drie respondenten aan dat dit kan door te ondersteunen bij doelen, wensen en activiteiten is. Twee doen dit door naast de cliënt te gaan staan. Twee respondenten geven aan dat presentie hierin belangrijk is. Door twee respondenten wordt gelijkwaardigheid benoemt.

*“Dat is dus door middel van naast de cliënt te gaan staan en te kijken naar zijn wensen, zijn doelen en daarop inderdaad dat herstel gaan richten zeg maar dus dat jij iemand helpt om die doelen te bereiken”*

Het geven van voorlichting aan cliënten over herstel wordt door vijf respondenten gedaan, dit is bij vier respondenten afhankelijk van de cliënt of zij dit doen. Factoren als ziektebesef en niveau worden hiervoor als criterium gegeven. Welke informatie er over herstel wordt gegeven is divers; dat het werken aan doelen is wordt door twee respondenten genoemd. Het bespreken en kijken naar mogelijkheden wordt door drie respondenten benoemd.

#### Herstelondersteunende attitude

Een herstelondersteunende houding bij de respondenten werd door de onderzoeker onderzocht op factoren als hoop, vertrouwen, gelijkwaardigheid, presentie en de visie op de inzet van ervaringsdeskundigen. Alle respondenten zijn van mening dat participatie buiten Klinisch Herstel een bijdrage kan leveren aan het herstel van de cliënt. Alle respondenten ondersteunen de cliënt hierin, ook als deze een aanvaardbaar risico neemt. Vijf respondenten hebben vertrouwen dat het voor cliënten mogelijk is om weer maatschappelijk te participeren. Twee respondenten geven aan dat zij geen maatschappelijke participatie zien in de toekomst, door de ernst van de aandoening. Zes respondenten geven aan dat ze wel eens persoonlijke zaken delen met cliënten, zij doen dit vaak ook met een functie, zoals het normaliseren van bepaalde gevoelens. Slechts één respondent doet dit niet. Alle respondenten zien een meerwaarde in het inzetten van een ervaringsdeskundige. Respondenten noemen factoren als laagdrempelig contact, herkenning en erkenning van de aandoening als meerwaarde voor de inzet van een ervaringsdeskundige. Drie respondenten benoemen hierbij ook dat de ervaringsdeskundige als rolmodel fungeert.

Alle respondenten vinden een presentie en een gelijkwaardige houding belangrijk bij het ondersteunen van bewoners. Respondenten omschrijven dat presentie tot uiting komt door naast de cliënt te gaan staan, betrokkenheid en gelijkwaardigheid, twee respondenten benoemen hierbij ook dat zij presentie inzetten voor het opbouwen van een band. Ondanks dat gelijkwaardigheid door vijf respondenten als zeer belangrijk wordt gevonden, geven alle respondenten aan dat dit in de praktijk niet altijd tot uiting komt in het handelen. Alle respondenten geven aan dat situaties in de praktijk er soms om vragen dat de hulpverlener moet ingrijpen; bemoeizorg en het delen van medicatie worden genoemd als noodzakelijke handelingen waarin de ongelijkwaardigheid tot uiting komt.

*“Bij speciale situaties moet je toch wel dan ingrijpen, en dan sta je toch boven de cliënt, maar ze zitten hier dan ook niet voor niets, maar je probeert het wel”*

Alle respondenten geven aan wel eens adviezen te geven, waarbij één respondent wel aangeeft hier *terughoudend in te zijn*. Er is een tweedeling te zien tussen de respondenten op de manier waarop zij dit doen, drie respondenten zien het geven als adviezen als noodzakelijk of behorend bij hun taak.

*“Je geeft cliënten altijd adviezen omdat je denkt dat ze het zelf niet altijd helemaal goed weten”*

Vier respondenten geven aan dit wel bewust te doen waarbij zij dit inzetten als de cliënt er naar vraagt of afhankelijk van soort vraag en cliënt

### Motiveren

Volgens drie respondenten zouden bewoners meer stimulans nodig hebben vanuit de begeleiding om de stap naar dagbesteding of andere activiteiten te maken. Hiernaast benoemen drie respondenten bij het aanhouden van inactiviteit het inzetten van een directieve benadering of het maken van afspraken hierover als mogelijke interventie te zien. Twee respondenten geven aan dat cliënten het verwerven van een beloning, het opdoen van een succeservaring nodig hebben. Andere antwoorden waren zeer divers; meer aanbod van activiteiten, het ondersteunen bij het onderzoeken van de wens, perspectief bij de cliënt en een hoopvolle attitude van de omgeving. Respondenten geven aan dat gebrek aan samenwerking, passende dagbesteding, gebrek aan tijd bij de medewerker en de gevolgen van hospitalisering hen belemmeren bij het motiveren van cliënten voor participatie. Om de cliënt effectief te motiveren voor participatie zou meer samenwerking in het team, meer verwachtingen naar de cliënt toe middels afspraken, ondersteuning in mobiliteit en extra expertise in het team nodig zijn.

### Eenzaamheid

De onderzoeker wilde weten in hoeverre de bewoners kampen met eenzaamheid, of en hoe dit aanbod komt in de gesprekken tussen persoonlijk begeleider en cliënt. Zes respondenten geven aan dat er sprake is van eenzaamheid, het komt in de gesprekken aan bod als de cliënt dit zelf aangeeft. Vijf respondenten zetten hiervoor hun eigen contact met de cliënt in. Hiernaast zetten vier respondenten ook interventies in zoals het stimuleren van familiecontact of een vrijwilliger. Twee respondenten benoemen dat stimuleren van het contact tussen bewoners onderling ook kan bijdragen aan het tegengaan van eenzaamheid.

### Dagbesteding

De onderzoeker heeft de kennis over de mogelijkheden voor verschillende vormen van dagbesteding bij de respondenten onderzocht, en of deze kennis wordt ingezet in de begeleiding. Tevens heeft de onderzoeker gevraagd wat volgens de medewerkers de reden is dat bewoners hier geen gebruik van maken. Vier respondenten zeggen weinig te weten over het interne aanbod van Movens.

*“Nou van Movens weet ik heel weinig, maar dat komt denk ik ook omdat heel veel cliënten toch niet naar Movens gaan”*

Drie respondenten geven aan redelijk wat te weten, waarbij één respondent wel het gevoel heeft informatie te missen. Alle respondenten geven aan geen kennis tot weinig kennis te hebben over de externe mogelijkheden van dagbesteding. Er worden door respondenten twee mogelijkheden benoemd zoals ldoe voor vrijwilligerswerk en dat er mogelijkheden zijn om te werken met een beperking. Vier respondenten zeggen de kennis wel in te zetten in de begeleiding met cliënten. Drie respondenten denken dat bewoners geen gebruik maken van dagbesteding omdat dat de stap naar de maatschappij te groot is, die is onbekend en ook wel angstig voor bewoners. Belemmeringen bevinden zich ook in de afstand van de locatie en het ontbreken aan financiële middelen bij de cliënt aldus drie respondenten. Twee respondenten benoemen tevens dat de aandoening teveel op de voorgrond staat.

### Kennis wetgeving & arbeidsparticipatie

Kennis over wetgeving en mogelijkheden voor arbeidsparticipatie bij respondenten is onderzocht en de inzet hiervan in de begeleiding. Zes respondenten geven aan dat zij hier nauwelijks kennis over hebben, één respondent zegt ervan op de hoogte te zijn. De kennis en mogelijkheden worden door geen van allen ingezet, twee respondenten zijn wel eens op zoek geweest naar informatie hierover op verzoek van een cliënt. Vijf respondenten geven aan dat hier geen vraag naar is, dus zouden zij deze kennis ook niet nodig hebben.

### Inzet van omgeving cliënt bij participatie

Het netwerk wordt door respondenten nauwelijks ingezet om bewoners te ondersteunen bij participatie. Vijf respondenten doen dit niet, de andere twee sporadisch voor winkelen, doktersbezoek of om mee te gaan naar het gemeentehuis. Respondenten benoemen de kwetsbaarheid van het netwerk, en het afhouden van contact door bewoners zelf als belemmeringen.

*“Nou heel veel familie is al een soort van overbelast, je ziet hier toch al vaak dat familie al doen wat ze kunnen, en soms al iets te veel”*

Alle respondenten zeggen geen tot nauwelijks contact te hebben met interne en externe ketenpartners voor dagbesteding of andere aanbieders van participatie. Wel kunnen respondenten iets in het elektronisch patiënten dossier (epd) lezen van de begeleider, deze informatie is volgens een respondent beperkt. Twee respondenten geven aan dat contact niet aan de orde is omdat de cliënt geen dagbesteding heeft. Twee respondenten geven aan dat zij zelf wel eens het initiatief nemen tot het leggen van contact met begeleiders van Movens (interne dagbesteding)

*“Je ziet dan wel rapportages van ‘is geweest’ maar je wilt natuurlijk ook wel eens horen van hoe iemand het nou echt doet bijvoorbeeld of er dingen zijn waar wij weer iets in kunnen”*

### **Analyse deelvraag 2**

Onder het begrip herstel worden door respondenten veel verschillende kenmerken benoemd, dit zou erop kunnen wijzen dat dit geen eenduidig begrip is in het team, kenmerken die vallen onder het persoonlijk herstel, zoals autonomie en zingeving worden niet genoemd. Volgens Jaap van der Stel (2015) zijn deze factoren waarschijnlijk de motor voor het algeheel herstel. Het beschikken over kennis van herstel is volgens Droës (2012) van belang om de cliënt goed te kunnen ondersteunen bij zijn herstel. Bewoners worden niet altijd geïnformeerd over herstel, de kennis die hierover met cliënten gedeeld wordt, is niet volledig. Het beschikken over voldoende informatie over herstel draagt bij aan de eigen kracht van cliënten (Haan, 2013). Respondenten gebruiken niet alle mogelijkheden bij het ondersteunen van het herstel. Zij ondersteunen dit door naast de cliënt te staan en hem te ondersteunen bij wensen en doelen. Het werken aan doelen zorgt voor autonomie, welke bijdraagt aan de intrinsieke motivatie voor het bereiken van deze doelen (Vansteenkiste, Soenens, Sierens & Lens, 2005). Hiernaast benoemt het SRH dat men het herstel van de cliënt ook kan ondersteunen door hem te helpen bij het ontwikkelen van het eigen levensverhaal en lotgenotencontact te stimuleren (Hollander & Wilken, 2015). Ook wordt het ondersteunen bij de eigen regie en verantwoordelijkheden (empowerment) niet benoemd als herstelondersteunend, deze zorg draagt wel bij aan het herstel volgens Boevink & Droës (2005).

De respondenten hebben een herstelondersteunende houding naar bewoners toe, zij tonen dit door cliënten te ondersteunen bij het nemen van risico's om de stap naar maatschappelijke participatie te maken. Het nemen van risico's door mensen met een epa is soms nodig om de stap naar maatschappelijke participatie te maken (Krabbedijk, 2010; Slade, 2009b).

Respondenten vinden gelijkwaardigheid en presentie belangrijk, zij weten belangrijke elementen van presentie te benoemen en geven op verschillende wijze uiting aan gelijkwaardigheid in de begeleiding. Deze gelijkwaardigheid komt echter onder druk te staan in situaties die vragen om bemoeizorg, het lijkt de medewerker dan aan de juiste vaardigheden en handvatten te ontbreken om de gelijkwaardigheid te handhaven. Gelijkwaardigheid en presentie zijn belangrijk bij het slagen van rehabilitatie (Droës, 2003; Hollander & Wilken, 2015). Met het geven van adviezen dragen de respondenten bij aan het ontwikkelen van zelfstigma bij cliënt en ondermijnt hiermee ook de autonomie (Korevaar & Droës, 2015; Vansteenkiste, Soenens, Sierens & Lens, 2005) waarmee de gelijkwaardigheid ook onder druk komt te staan.

Het ontbreken van stimulans is één van de oorzaken dat cliënten uit de klinische zorg geen gebruik maken van dagbesteding (APCP, 1997). Respondenten denken dat een beloning of het maken van afspraken met bewoners nodig zijn om bewoners te stimuleren. Echter zegt de zelfdeterminatie theorie dat deze vormen van externe motivatie alleen effect hebben als de intrinsieke motivatie al enigszins is aangewakkerd met intrinsieke doelen (Vansteenkiste, Soenens, Sierens & Lens, 2005). Overigens zijn hier ook andere ideeën en theorieën over, door iets te gaan ondernemen (zonder intrinsieke motivatie) kan men de 'inactiviteitscirkel' doorbreken. Doordat men door de activiteit weer (positieve) ervaringen kan opdoen, een beloning zou hieraan kunnen bijdragen (gedachtenuitpluizen, z.d.). Een gebrek aan tijd en samenwerking ervaren respondenten ook als een belemmering bij het motiveren tot participatie.

Respondenten gaan niet proactief het gesprek aan over eenzaamheid om te onderzoeken of dit speelt. Het is van belang dat de begeleider het gesprek over eenzaamheid aangaat met cliënten (GGZ Nieuws, 2016). Respondenten benoemen het inzetten van hun eigen contact, een vrijwilliger en het stimuleren van contact met familie als interventies om eenzaamheid tegen te gaan. Hiernaast kan ook samenwerking met buurtcentra en de inzet van vrijwillige netwerkcoaches mensen helpen bij het uitbreiden van hun netwerk om eenzaamheid tegen te gaan, participatie kan hier overigens ook in voorzien (GGZ Nieuws, 2016; Trimbos Instituut, 2014). Deze factoren worden door de respondenten niet benoemd als mogelijkheid om eenzaamheid tegen te gaan.

Respondenten hebben weinig kennis over de interne en externe mogelijkheden voor dagbesteding en andere vormen van participatie. Het informeren van de cliënt over mogelijkheden kan bijdragen aan het ontwikkelen van een wens (Anoiksis, 2017; Korevaar & Droës, 2015).

Respondenten betrekken het netwerk van de cliënt en de interne en externe ketenpartners niet om cliënten te ondersteunen bij rehabilitatie. Het betrekken van de omgeving is nodig om mensen met een epa te ondersteunen bij rehabilitatie (Wel, Felling & Persoon, 2002; Hollander & Wilken, 2015; Trimbos Instituut, 2015a).

## **Antwoord op deelvraag 2**

Wat zet de medewerker in om de cliënt te ondersteunen bij sociale en maatschappelijke participatie? Kennis over herstel is belangrijk om de cliënt hier goed in te ondersteunen (Droës, 2012). Over het begrip herstel en hoe dit te ondersteunen blijken respondenten niet eenduidig en er worden nauwelijks kenmerken benoemd van persoonlijk herstel en factoren van empowerment die hierin kunnen ondersteunen. De respondenten hebben een herstelondersteunende en gelijkwaardige houding naar de bewoners toe. Deze houding komt in moeilijke situaties in de praktijk echter onder druk te staan, het ontbreekt de respondent dan aan handvatten om de herstelondersteunende houding te continueren. Het onderwerp eenzaamheid komt in de gesprekken aan bod als de cliënt hier zelf aanleiding voor geeft, het is belangrijk dat medewerkers hierin ook zelf het initiatief innemen. Kennis over dagbesteding is niet volledig waardoor de respondenten deze ook niet actief kan inzetten om in te spelen op wensen of de bewoners te voorzien van informatie. Zicht op mogelijkheden voor participatie zijn belangrijk voor het ontwikkelen van een wens (Wilken, 2004). De omgeving, zoals het netwerk van de cliënt en de interne en externe ketenpartners worden nauwelijks ingezet om bewoners te ondersteunen bij sociale en maatschappelijke participatie. Voor het slagen van rehabilitatie is het betrekken van de omgeving nodig (Brink & ten Haeff, 2005; Trimbos, 2015a). Stimulans is nodig om mensen die verblijven in een psychiatrische klinische setting te bewegen naar dagbesteding (APCP, 1997). Respondenten beamen dit zij denken dat een beloning of het inzetten op het maken van afspraken een noodzakelijk stimulans kan zijn. Deze veronderstelling is te verdedigen vanuit ideeën afkomstig uit de cognitieve gedragstherapie over het doorbreken van inactiviteit (gedachtenuitpluizen, z.d.).

### **7.3 Deelvraag 3: Belemmerende en bevorderende factoren**

Na het weergeven van de resultaten van deelvraag drie en een analyse kan antwoord gegeven worden op de vraag; “welke belemmerende factoren de medewerker ervaart bij het ondersteunen van bewoners bij rehabilitatie?”. Vanuit deze belemmeringen kan dan ook worden opgemaakt wat de medewerker nodig heeft om bewoners goed te kunnen ondersteunen bij rehabilitatie.

#### Bezuinigingen en bureaucratie

De respondenten benoemen verschillende effecten die het gevolg zijn van de bezuinigingen. Alle respondenten vinden de afstand tot de buurtcentra, waar het huidige aanbod van Movens is, een belemmering. Door zes respondenten wordt aangegeven dat de tijdsdruk die zij ervaren in de dagelijkse praktijk ervoor zorgt dat de individuele aandacht voor de cliënt onder druk komt te staan en hierdoor een presente houding niet altijd mogelijk is. De toegenomen bureaucratie zorgt ook voor minder tijd voor de cliënt. Op de vraag wat de respondenten nodig hebben om de bewoners beter te ondersteunen bij participatie word door vier respondenten meer tijd genoemd. Meer financiële middelen en personeel wordt door vijf respondenten genoemd.

*“nou sowieso meer personeel en het mooiste zou zijn als geld geen rol zou spelen want dan heb je gewoon veel meer mogelijkheden”*

#### Hospitalisatie

Alle respondenten zien hospitalisatie van bewoners als een belemmering voor rehabilitatie. Om hospitalisatie tegen te gaan is het volgens drie respondenten nodig om verwachtingen te creëren bij bewoners. Twee respondenten benoemen het bevorderen van zelfstandigheid als middel om hospitalisatie tegen te gaan. Andere mogelijkheden om hospitalisatie tegen te gaan die door de respondenten werden benoemd zijn het inzetten op groepscohesie, en in gesprek gaan waarbij de cliënt wordt aangesproken op zijn gedrag.

#### Stigmatisering

Vijf respondenten geven aan dat bewoners gestigmatiseerd worden door het team.

*“Tijdens overdrachten en zo het is voor jezelf denk ik ook een uitlaatklep om ja om soms dingen te zeggen die eigenlijk die niet echt vriendelijk zijn over de cliënt”*

Op de vraag wat de afdeling of de medewerker zou kunnen doen om stigmatisering tegen te gaan, komen gevarieerde antwoorden. Twee respondenten zeggen hierover na te moeten denken. Vijf respondenten benoemen mogelijkheden welke bijdragen aan het vergroten van kennis en bewustzijn hierover bij de medewerkers.

Het zelfbeeld van de cliënt komt wel aan bod in gespreken als de cliënt hiertoe aanleiding geeft. Zelfstigma kan volgens de drie respondenten bestreden worden door het ontkrachten van het negatieve zelfbeeld middels het geven van complimenten en de cliënt te helpen om de blik te richten op positieve ontwikkelingen. Twee respondenten bestrijden dit indirect door in te zetten op het helpen van de cliënt te helpen bij het ontdekken van positieve eigenschappen van zichzelf. Dit zou dan kunnen middels gespreksvoering en inzetten op het doen van activiteiten. Twee anderen benoemen alleen in gesprek gaan.

*“Ja ontkrachten, enne ja je noemt er dan voorbeelden bij van eh, hè moet je eens zien wat je allemaal wel al doet, eigenlijk is het wel weer SRH, je probeert weer de positieve dingen te benadrukken”*

### **Analyse deelvraag 3**

Een goede uitvoering van het SRH vraagt om een hulpverlener die voldoende tijd beschikbaar heeft (Hollander & Wilken, 2015). Respondenten ervaren grotendeels gebrek aan geld als een van de belemmeringen bij het ondersteunen van bewoners bij rehabilitatie. Hiermee zou meer personeel, aanbod van dagbesteding en tijd beschikbaar komen om bewoners te ondersteunen bij rehabilitatie. Extra tijd zou dan ook een andere belemmering, die zorgt voor minder tijd, zoals de toegenomen bureaucratie, kunnen opvangen (Hassel, Tonkens & Hoijsink, 2012).

Hospitalisatie van bewoners is de volgende belemmering die respondenten ervaren bij de ondersteuning, zij zorgt voor het ontbreken aan initiatief en inactiviteit bij bewoners. Hiervoor zou het nodig zijn om de zelfstandigheid te bevorderen middels het creëren van meer verwachtingen bij bewoners. Shepherd (1989) beaamt dat het van belang is dat medewerkers cliënten op het juiste moment de eigen verantwoordelijkheid teruggeeft, waarmee zelfstandigheid bevordert wordt. Respondenten geven ook aan dat zij mogelijkheden missen zoals passende dagbesteding om bewoners te stimuleren. Een omgeving die mogelijkheden aanreikt en de ontwikkeling van bewoners stimuleert en levert een positieve bijdrage aan het tegengaan van hospitalisatie (Korevaar & Droës, 2015). Respondenten geven aan dat er in het team sprake is van stigmatisering van bewoners. Stigmatisering is een belemmering en leidt tot zelfstigma dat het zelfvertrouwen aantast, waardoor mensen zich terugtrekken uit het sociale maatschappelijke leven (Kolenberg, 2009). Respondenten benoemen dat stigmatisering kan worden tegengegaan door het vergroten van het bewustzijn van medewerkers, dit zou dan kunnen middels voorlichting. Voorlichting, het aanspreken van collega's en het stimuleren van contact tussen cliënten en burgers werken destigmatiserend (Trimbos Instituut, 2015). De inzet van ervaringsdeskundigen op de werkvloer heeft een destigmatiserende werking op cliënten, hulpverleners én de beeldvorming in de samenleving (Plooy, 2012, Karbouniaris & Brettschneider, 2008).

De hulpverlener zou het zelfbeeld van de cliënt ter sprake moeten brengen. Respondenten gaan alleen het gesprek aan als de cliënt uitspraken doet die wijzen op zelfstigma. Zij zetten dan wel effectief in op het bestrijden van een negatief zelfbeeld middels het ontkrachten van vooroordelen en het geven van complimenten (Korevaar & Droës, 2015). Uit de literatuur blijkt ook dat lotgenotencontact, het bevestigen van de autonomie en informatie geven over herstel een bijdrage leveren aan het ontwikkelen van een positief zelfbeeld (Haan, 2013).

### **Antwoord op deelvraag 3**

Op de vraag welke belemmerende en bevorderende factoren medewerkers ervaren bij het ondersteunen van bewoners bij participatie blijkt gebrek aan geld en tijd een belangrijke factor te zijn. Hierdoor zou minder tijd zijn om de cliënt goed te kunnen ondersteunen. Stigmatisering van bewoners door het team leidt tot een belemmering aan de kant van de bewoners, namelijk zelfstigma. Bevorderend zou zijn om stigmatisering aan te pakken met behulp van voorlichting. Inzetten op het stimuleren van contact tussen bewoners, het aanspreken van collega's en de inzet van ervaringsdeskundigen kunnen ook bevorderend zijn voor participatie omdat zij een destigmatiserend effect heeft op alle betrokkenen. Zelfstigma zal door medewerkers proactief aan bod moeten komen in de gesprekken zodat er door de medewerker effectief kan worden ingezet op het bestrijden ervan. Hospitalisatie is een belemmering bij het innemen van rollen door bewoners. Bevorderende factoren bevinden zich dan in het vergroten van de zelfstandigheid, een passend aanbod dan dagbesteding in de omgeving die de bewoner stimuleert in zijn ontwikkeling zijn bevorderend bij het bestrijden van hospitalisatie.

### **7.4 Deelvraag 4: Behoeften van bewoners op het gebied van participatie**

Voor deelvraag vier zijn vijf bewoners geïnterviewd om te inventariseren welke behoeften bewoners hebben op het gebied van sociale en maatschappelijke participatie. Na de resultaten, volgt een analyse, hierna kan antwoord worden gegeven op de laatste deelvraag.

### Behoeften op ondersteuning

Respondenten geven allen aan tevreden te zijn over de geboden ondersteuning met betrekking tot participatie. Eén respondent benoemt dat zijn pb'er heeft geregeld dat hij kan sporten, één andere respondent is tevreden omdat hij gestimuleerd wordt. Er is bij alle respondenten geen behoefte aan extra ondersteuning

*“Ik heb zelf niet zoveel vragen of wensen hierover. Je kunt alle kanten uit als je wilt sporten of naar het dac (dagactiviteitencentrum) dan kan dat”*

Op de vraag wat voor soort dagbesteding respondenten interessant of leuk vinden gaven drie respondenten aan dat zij behoefte hebben om te wandelen en naar buiten te gaan. Twee van hen doen dit individueel, één respondent benoemt dat hij dit graag in groepsverband zou doen.

### Motivatie

Op de vraag wat respondenten zou motiveren voor dagbesteding (eventueel ook werk) geven twee respondenten aan dat een financiële vergoeding hen meer zin zou geven. Eén van hen geeft ook aan dat ander factoren zoals waardering, resultaat en leuke collega's van belang zijn. Twee respondenten geven aan dat ze wel gemotiveerd raken als het weer wat beter met ze gaat. De onderzoeker heeft gevraagd wat respondenten vinden van het aanbod voor dagbesteding. Twee respondenten geven aan dat er niet zoveel te doen is. De andere drie vinden het prima zo.

*“Ik vind dat er niet zo veel keuze is, bijvoorbeeld een groepswandeling zou ik wel leuk vinden, dagbesteding is er niet echt hier”*

### Autonomie en vertrouwen in mogelijkheid voor participatie

Om te onderzoeken of bij respondenten sprake is van autonomie heeft de onderzoeker vragen gesteld over hobby's, zicht op eigen kwaliteiten, en toekomstperspectief. Drie cliënten benoemen hobby's die zij hebben, de andere twee niet. Vier cliënten weten wel iets te benoemen waar ze goed in zijn. Drie cliënten denken wel dat het in de toekomst mogelijk is om weer te participeren middels (vrijwilligers-) werk, twee niet. Eén cliënt geeft aan daar geen zin in te hebben, maar denkt het wel te kunnen als hij het echt zou willen.

### Eenzaamheid

Alle respondenten zeggen tevreden te zijn met het contact dat zij met andere bewoners hebben. Drie respondenten hebben regelmatig contact met familie, twee benoemen geen familie als contact buiten Klinisch Herstel. Twee respondenten hebben buiten KH nog één vriend, waarbij twee respondenten aangeven veel contacten te zijn verloren door de gevolgen van hun aandoening. Twee respondenten geven aan wel eens eenzaam te zijn, twee respondenten geven een ontwijkend antwoord. Drie respondenten geven aan geen behoeften te hebben aan meer contacten dan dat zij nu hebben. Twee respondenten geven aan wel behoefte te hebben maar lijken de mogelijkheid daartoe te hebben opgegeven.

*“Ik heb heel veel vrienden verloren door mijn opnames, ik heb me daar bij neergelegd”*

### Dagbesteding

Drie respondenten maken geen gebruik van dagbesteding, twee respondenten maken wel eens gebruik van het bewegingscentrum op het terrein. Vier cliënten geven aan geen kennis te hebben over het aanbod voor dagbesteding van Movens. Drie respondenten weten geen externe mogelijkheden te benoemen voor dagbesteding. Twee cliënten benoemen externe mogelijkheden voor dagbesteding zoals Idoe en het inloophuis, doch zij maken hier geen gebruik van. Kennis over de huidige mogelijkheden voor arbeidsintegratie is bij de cliënten niet aanwezig.

## Herstel

De betekenis van herstel wordt door vier cliënten niet goed begrepen. Benoemd wordt dat 'het beter gaat' en dat je medicijnen krijgt.

*“Begrijp niet precies wat je bedoeld, gewoon dat je medicijnen krijgt en dat het weer beter met je gaat? Ik heb daar geen informatie over gehad”*

## **Analyse**

Uit de antwoorden blijkt dat de respondenten tevreden te zijn met de ondersteuning op het gebied van dagbesteding. Respondenten geven aan dat zij zelf voorzien in de behoeften die hier liggen, zoals zelfstandig wandelen, of hebben geen behoeften. De respondenten hebben geen dagbesteding, voor het ontwikkelen van vaardigheden is het belangrijk dat bewoners zich ook bewegen in andere omgevingen dan de Klinisch Herstel (GGZ Nederland, 2009). Respondenten noemen een afname van psychische klachten en een financiële beloning als factoren die hen zal motiveren tot participatie. Volgens Brink & Haeff (2005) zijn factoren als waardering, afleiding, structuur, sociale contacten, het leren van vaardigheden en vergroten van zelfredzaamheid van belang voor de motivatie voor participatie. De meerderheid van de respondenten hebben hobby's, en kunnen zij allemaal wel iets noemen waar ze goed in zijn. Zij hebben het vertrouwen dat (vrijwilligers-) werk in de toekomst mogelijk is, dit zijn uitingen van een positief zelfbeeld en identiteitsgevoelens en zijn enkele kenmerken van persoonlijk herstel (Stel, 2015). De respondenten hebben weinig kennis over de interne en externe mogelijkheden voor dagbesteding en weten ook niet goed aan te geven wat de betekenis van herstel is. Het ontbreken van kennis over de mogelijkheden voor het innemen van sociale en maatschappelijke rollen zijn belemmerend voor het ontwikkelen van wensen en het herstelproces (Korevaar & Droës, 2015; Boevink & Droës, 2005). Op het gebied van uitbreiden van netwerk blijkt de meerderheid geen behoeften te hebben. Toch wijzen de antwoorden van twee respondenten erop dat zij een verbetering op dit gebied hebben opgegeven. Respondenten lijken weinig behoeften te hebben aan participatie of ondersteuning hierin. Het ontbreken van wensen, behoeften en de signalen waaruit blijkt dat cliënten de zicht op een verbetering van hun netwerk hebben opgegeven zou een gevolg kunnen zijn van hospitalisatie en zelfstigma (Korevaar & Droës, 2015; zie ook Shepherd, 1989).

## **Antwoord op deelvraag 4**

Op de vraag welke behoeften bewoners hebben op het gebied van participatie lijken er geen wensen en behoeften te zijn, een gebrek aan wensen kan het gevolg zijn van hospitalisering en zelfstigma (Korevaar & Droës, 2015; zie ook Shepherd, 1989). Respondenten hebben weinig kennis over de mogelijkheden voor participatie, welke ook een negatief effect heeft op het ontwikkelen van wensen hiertoe (Korevaar & Droës, 2015). Respondenten hebben geen structurele bezigheden, zij geven aan dat een afname van symptomen hen zou stimuleren om iets aan dagbesteding te gaan doen. Een beperking kan een belemmering zijn voor participatie, toch heeft zij ook een positief effect op de lichamelijke en psychische gezondheid (RIVM, 2013; Weeghel, 2010). Een financiële beloning zou volgens respondenten ook kunnen bijdragen aan de motivatie voor participatie of dagbesteding. Een beloning zou hen kunnen helpen om de 'inactiviteitscirkel' waarin zij zich lijken te bevinden doorbroken kan worden, een passend aanbod zou dan kunnen voorzien in het opdoen van succeservaringen, welke bevorderend zijn voor de autonomie en het ontstaan van intrinsieke motivatie voor het doen van deze activiteit.

## **H8 Conclusie**

Klinisch Herstel, onderdeel van GGZ Rivierduinen, biedt 24-uurs zorg aan 48 cliënten met een ernstige psychische aandoening. Rehabilitatie, oftewel het ondersteunen bij het weer innemen van sociale en maatschappelijke rollen is één van de taken van de GGz (GGZ Nederland, 2009), ook Rivierduinen onderschrijft deze taak in haar zorgvisie (Rivierduinen, 2015). De meeste bewoners van Klinisch Herstel hebben geen dagbesteding of andere bezigheden die gerelateerd zijn aan rehabilitatie. Participatie levert een positieve bijdrage aan de gezondheid en eigenwaarde van mensen met een aandoening (RIVM, 2013; Weeghel, 2010). Participatie kan de zelfstandigheid vergroten waardoor het herstel van bewoners en doorstroom naar beschermd of zelfstandig wonen bevordert wordt. De hoofdvraag die ik met dit onderzoek beantwoord is: hoe kunnen medewerkers van Klinisch Herstel de bewoners ondersteunen bij het innemen van sociale en maatschappelijke rollen. Deze hoofdvraag is onderverdeeld in vier deelvragen, welke gezamenlijk antwoord geven op de hoofdvraag. In dit hoofdstuk worden eerst de antwoorden van de deelvragen kort beschreven, hierna zal met behulp van deze antwoorden en de verbanden de hoofdvraag van dit onderzoek beantwoord worden.

Medewerkers gebruiken het persoonlijk profiel (krachteninventarisatie) en het persoonlijk plan om de rehabilitatiewensen van bewoners van Klinisch Herstel in beeld te brengen. Mensen met een psychische aandoening hebben vaak moeite met het onderzoeken van hun wensen, de hulpmiddelen die het SRH hiervoor biedt ter ondersteuning worden door medewerkers niet gebruikt. Medewerkers zijn zich niet altijd bewust van zelfstigma als mogelijke factor bij inactiviteit. Hierdoor zou de aanwezigheid van zelfstigma niet altijd effectief aangepakt kunnen worden. Zelfstigma kan er ook voor zorgen dat bewoners geen doelen hebben. Medewerkers zijn tevreden over het SRH als het gaat over het in kaart brengen van rehabilitatie wensen van bewoners.

Deelvraag twee beantwoordt de vraag wat medewerkers inzetten om cliënten te ondersteunen bij participatie. Kennis over herstel en herstelondersteunende zorg is nodig bij het ondersteunen van participatie. De kennis over herstel is onder medewerkers niet eenduidig en er worden geen kenmerken benoemd die betrekking hebben op persoonlijk herstel en het bevorderen van empowerment onder bewoners. Kennis over het aanbod voor participatie schiet te kort onder medewerkers waardoor deze niet adequaat kan worden ingezet. Medewerkers hebben een herstelondersteunende houding, ondanks deze houding blijken de medewerkers onvoldoende handvatten te hebben om deze attitude te bestendigen in moeilijke situaties die zich in de praktijk voordoen. Er zou sprake zijn van eenzaamheid, medewerkers gaan het gesprek hierover pas aan als de bewoner hiervoor zelf signalen voor geeft, hierdoor kan het probleem onderbelicht raken waardoor er ook niet adequaat op gehandeld kan worden. Het netwerk van de bewoners, interne en externe ketenpartners worden nauwelijks betrokken om bewoners te ondersteunen bij rehabilitatie.

Deelvraag drie bracht de belemmeringen en bevorderende factoren in kaart die medewerkers ervaren bij het ondersteunen van bewoners bij participatie. Meer geld en personeel zouden nodig zijn om belemmeringen zoals gebrek aan tijd en aanbod van activiteiten aan te pakken volgens de medewerkers. Stigmatisering en hospitalisering van bewoners bleek een volgende belemmering, welke zorgen voor het ontbreken aan wensen en initiatief bij bewoners voor het innemen van sociale en maatschappelijke rollen. Het versterken van de zelfregie en aanpassingen in de omgeving zijn nodig om belemmeringen als zelfstigma en hospitalisatie aan te pakken. Bewustwording bij medewerkers over stigmatisering en zelfstigma is nodig om beide belemmeringen adequaat te kunnen bestrijden. Handvatten en kennis voor het toepassen van herstelondersteunende zorg in de praktijk kan een bevorderende factor zijn voor het doorbreken van de interactie tussen medewerkers en bewoners die hospitalisatie in stand houdt.

Met deelvraag vier werden de behoeften van bewoners op het gebied van participatie in kaart gebracht. Bewoners hebben geen behoeften of wensen op ondersteuning bij participatie, een gebrek aan wensen zou een gevolg van hospitalisatie en zelfstigma kunnen zijn. Financiële beloning of afname van symptomen zijn motivatoren voor dagbesteding bij bewoners. Bewoners hebben hobby's, doen deze zelfstandig en zien mogelijkheden voor participatie in de toekomst. Ondanks dit maken zij geen gebruik van het aanbod van dagbesteding van Movens, en hebben weinig kennis over de mogelijkheden. Het ontbreekt bewoners ook aan kennis over dagbesteding. Kennis over herstel en zicht op mogelijkheden zijn belangrijk voor het herstel en het ontwikkelen van wensen.

**Wat hebben medewerkers nodig om bewoners van Klinisch Herstel te ondersteunen bij het innemen van sociale en maatschappelijke rollen?** Medewerkers hebben meer handvatten en kennis nodig om bewoners te ondersteunen bij participatie. Hieronder zullen deze handvatten en kennis besproken worden, welke worden onderbouwd met de resultaten en hun onderlinge verband.

Medewerkers maken geen gebruik van de extra hulpmiddelen van het SRH om de wensen van de bewoners van Klinisch Herstel duidelijker in beeld te krijgen. Het ontbreekt hiervoor ook aan de medewerking van bewoners. Uit deelvraag drie bleek dat er sprake kan zijn van zelfstigma doordat er sprake is van stigmatisering van bewoners door het team. Uit deelvraag twee kwam naar voren dat er ondanks een herstelondersteunende houding wel eens sprake is van ongelijkwaardigheid en paternalisme op de werkvloer. Deze factor draagt ook bij aan het ontwikkelen of in stand houden van zelfstigma. Uit deelvraag drie bleek dat hospitalisering een belemmering vormt, welke naast zelfstigma zorgt voor een gebrek aan initiatief en wensen op het gebied van participatie. Deelvraag vier bevestigt dat bewoners weinig wensen en behoeften hebben. Het feit dat bewoners niet willen meewerken aan het invullen van formulieren kan hier ook een resultaat van zijn.

-Medewerkers hebben handvatten en kennis nodig om herstelondersteunende zorg toe te kunnen passen.

-Medewerkers hebben kennis over (zelf) stigmatisering en hoe deze effectief te bestrijden.

Het gebrek aan informatie over het aanbod voor interne en externe mogelijkheden voor dagbesteding bij bewoners én medewerkers heeft ook een belemmerend effect op het ontwikkelen van wensen bij bewoners. Alsmede het niet betrekken van de omgeving zoals het netwerk van de bewoners en interne en externe ketenpartners bij het ondersteunen hiervan. Mocht er als sprake zijn van participatie dan loopt de continuïteit hierdoor gevaar op.

-Er is meer informatie nodig over hoe de samenwerking tussen Klinisch Herstel, het netwerk van de bewoners en interne en externe partners verbeterd zou kunnen worden.

Hospitalisering wordt in stand gehouden door een gebrek aan passend aanbod van activiteiten die een beroep doen op de ontwikkeling van de cliënt. Hospitalisering kan ervoor zorgen dat de stap naar interne en externe aanbieders van dagbesteding moeilijk te maken is voor bewoners. Hiervoor hebben bewoners stimulans nodig in de vorm van een beloning, ondersteuning bij mobiliteit of individuele afspraken hierover.

-Medewerkers hebben een passend aanbod van activiteiten nodig die bijdragen aan de ontwikkeling van bewoners.

Met deze maatregelen kan de hospitalisatie aangepakt worden en kunnen medewerkers bewoners beter ondersteunen bij het innemen van sociale en maatschappelijke rollen.

In hoofdstuk 10 worden deze maatregelen verder uitgewerkt in concrete acties die als aanbeveling aan het management van Klinisch Herstel gegeven zullen worden.

## **H9 Discussie**

In dit hoofdstuk komen discussiepunten en vragen die het onderzoek opleverde aan bod. Tevens zal de uitvoering van het onderzoek kritisch worden beschouwd op betrouwbaarheid, validiteit en de bruikbaarheid.

### *Betrouwbaarheid en validiteit proces*

De aanleiding van dit onderzoek was het ontbreken van sociale en maatschappelijke rollen door bewoners van Klinisch Herstel. De probleemstelling leidde tot de hoofdvraag voor dit onderzoek; hoe kunnen medewerkers van Klinisch Herstel bewoners ondersteunen bij het innemen van sociale en maatschappelijke rollen? Vanuit de probleemanalyse werd duidelijk dat er in de praktijk sprake was van belemmerende factoren die van invloed zijn op het achterblijven van rehabilitatie van bewoners. Deze problemen werden middels een literatuurstudie bevestigd. Middels een praktijkonderzoek zijn deze factoren onderzocht, zodat er inzicht verkregen werd welke handvatten en kennis medewerkers nodig hebben om bewoners te ondersteunen bij rehabilitatie. De resultaten zijn hierna wederom met behulp van literatuur geanalyseerd. Voor het onderzoek werden respondenten bevraagd uit twee groep; de medewerker en bewoners. Door het gebruiken van meerdere bronnen voor dataverzameling is methodische triangulatie toegepast; het gebruik van meerdere bronnen voor dataverzameling zorgt voor meerdere perspectieven (Donk & Lanen, 2015) en levert een hogere validiteit en betrouwbaarheid van onderzoek op.

### *Meetinstrument*

Voor het praktijkonderzoek zijn zeven medewerkers en vijf cliënten middels semi-gestructureerde interviews bevraagd. De vragen zijn vooraf opgesteld op basis van topics uit de literatuur en waren voor elke respondentengroep gelijk zodat de antwoorden vergelijkbaar waren, dit zorgt voor het verhogen van de interne validiteit. Vooraf zijn bij twee medewerkers proefinterviews afgenomen, hieruit bleek dat twee vragen suggestief waren opgesteld, en een andere vraag onduidelijk was. Deze vragen hadden betrekking op het onderwerp zelfstigma, er is toen door de onderzoeker besloten dit onderwerp te bevragen middels een praktijkvoorbeeld. Een kanttekening is hierop van toepassing, het gebruiken van een casusvoorbeeld heeft geleid tot zeer gevarieerde antwoorden, omdat er ook vele antwoorden mogelijk waren. Dit heeft de interne validiteit van dit onderwerp beïnvloedt. Hetzelfde onderwerp kwam later in het interview middels een directe vraag aan bod, waarmee de interne validiteit op de verkregen data over dit onderwerp is opgevangen. Hierdoor was het wel mogelijk om een conclusie te trekken over het onderwerp.

De interviews zijn afgenomen in een aparte ruimte op de afdeling, waarbij de anonimiteit gewaarborgd bleef en er zo min mogelijk storing optrad vanaf de werkvloer. Ondanks deze maatregel is het één keer voorgekomen dat een interview onderbroken werd doordat een situatie op de werkvloer vroeg om assistentie bij een interventie. Het interview is hierna voortgezet zonder verdere verstoring. De interviews zijn opgenomen met opnameapparatuur, hierdoor is er nauwelijks informatie verloren gegaan, wat de validiteit verhoogt. De betrouwbaarheid is verhoogd doordat de onderzoeker de audio-opnames van de interviews binnen 48 uur getranscribeerd heeft naar tekstbestanden. Er zijn tijdens het afnemen van de interviews door de onderzoeker notities gemaakt van de verstoringen, deze zijn toegevoegd in de tekstbestanden bij de betreffende vraag waar de storing zich voordeed.

### *Selectiecriteria medewerkers*

Het toepassen van selectiecriteria voor respondenten zorgde voor een verhoging van de betrouwbaarheid en validiteit. De respondenten in de medewerkersgroep dienden de functie van persoonlijk begeleider te hebben, en de basiscursus SRH te hebben gevolgd om deel te nemen aan dit onderzoek. De onderzoeker was vooraf in de veronderstelling dat 15 medewerkers voldeden aan deze criteria, later bleken twee medewerkers wel persoonlijk begeleider te zijn maar de SRH cursus nog niet te hebben gevolgd. De onderzoeker heeft toen besloten om in plaats van acht medewerkers

zeven medewerkers te interviewen, zodat het aantal respondenten meer dan de helft van de totale populatie bedroeg. De betrouwbaarheid is tevens verhoogd door respondenten te selecteren op basis van opleiding, zodat deze overeenkwam met de dagelijkse praktijk. De grote van de genomen steekproef alsmede de selectie op opleiding hebben gezorgd voor een gevarieerde groep respondenten welke een realistische weergave van de werkelijkheid gaf, dit draagt bij aan de betrouwbaarheid en bruikbaarheid van de resultaten. Zo zijn de medewerkers die deelnamen geselecteerd op basis van een agogische of verpleegkundige opleiding en respondenten die op beide vakgebieden geschoold zijn, alle opleidingen of combinaties hiervan waren evenredig vertegenwoordigd in het onderzoek.

#### *Selectiecriteria bewoners*

De onderzoeker was voornemens om vier respondenten uit de cliëntengroep te interviewen, dit zijn er uiteindelijk vijf geworden. Dit is gedaan om de afname van één respondent aan de kant van de medewerkers op te vangen. Hiermee kon worden voldaan aan het totaal aantal respondenten zoals door de onderzoeker is opgesteld bij aanvang van het onderzoek. De criteria voor bewoners waren leeftijd (20 t/m 42 jaar) en maximaal anderhalf jaar in zorg bij Klinisch Herstel waarbij de symptomen van de aandoening niet meer op de voorgrond stonden. Hierdoor is er selectie- bias ontstaan en is deze groep niet representatief voor de gehele populatie van bewoners. De keus van deze selectie was op verzoek van de manager, haar motivatie hiervoor was om te onderzoeken wat deze groep nodig heeft omdat nieuwe aanmeldingen bij Klinisch Herstel zich voornamelijk in deze leeftijdsgroep begeven.

#### *Meetinstrument*

Bewoners gaven geen van allen toestemming voor het gebruik van opnameapparatuur, de onderzoeker heeft ervoor gekozen om de antwoorden met een laptop in een word bestand vast te leggen. Hierdoor is er informatie verloren gegaan wat de betrouwbaarheid beïnvloedt. De interviews zijn allen afgenomen in het appartement van de bewoners op de afdeling of in een aparte ruimte, respondenten konden hierin zelf de keuze maken. Hiermee werd veiligheid voor respondenten en een gelijkwaardige situatie gecreëerd. Ondanks deze maatregelen is er tijdens het stellen van vragen met bewoners bias opgetreden, deze storing werd waarschijnlijk veroorzaakt door de aandoening. Twee respondenten gaven antwoorden die niet relevant waren op de betreffende vraag, de onderzoeker heeft de keuze gemaakt om niet door te vragen omdat de vraag zichtbaar stress door herinneringen opriep. Ook dit is van invloed geweest op de betrouwbaarheid van het onderzoek. Twee respondenten waren ook kortaf in het antwoorden van de vragen. Pogingen om door te vragen leverde de onderzoeker geen extra informatie op.

#### *Externe validiteit*

Ondanks deze aantasting van betrouwbaarheid waren vooral de respondenten onder de populatie van de medewerkers open en transparant naar de onderzoeker. Gevoelige vragen welke betrekking hadden op stigmatisering en de kennis van de respondent werden eerlijk beantwoord. Hieruit blijkt dat ook medewerkers het onderzoek van belang achtten. Tijdens dit onderzoek is er regelmatig overleg geweest met de manager, collega's en de begeleiders van de Haagse Hogeschool. Door regelmatig te overleggen met betrokkenen tijdens je onderzoek verhoog je de democratische validiteit. Tijdens het proces van het onderzoek zijn al de nodige stappen genomen om bewoners in te lichten over dagbesteding, dit proces is nog in volle gang. De onderzoeker zal hier in de aanbevelingen verder op aansluiten.

#### *Discussie en verder onderzoek*

Het onderzoek had een brede opzet, omdat vanuit zowel de praktijk en de literatuur bleek dat er vele factoren meespelen bij rehabilitatie. Omdat dit het eerste onderzoek naar rehabilitatie bij Klinisch Herstel was wilde de onderzoeker zo volledig mogelijk zijn. Hierbij dient een kanttekening gemaakt te worden; rehabilitatie is een breed onderwerp dat ook raakt aan essentiële vraagstukken rondom

zingeving en wat de mens beweegt. Filosofen en verschillende religies houden zich hier al eeuwen mee bezig. Deze kant van het onderwerp is niet meegenomen in het onderzoek ondanks dat dit mijn inziens een essentieel en nog onderbelicht onderwerp is in de GGZ. De onderzoeker heeft ook de belemmeringen van het medische aspect niet meegenomen in zijn onderzoek, motivatie hiervoor was dat het onderzoek te omvangrijk zou worden. Tevens vond ik mijn kennis hierover onvoldoende en niet aansluiten bij de kennis opgedaan tijdens de studie SPH. De maatschappelijke invloed op het onderwerp is ook niet aan bod gekomen. Ondanks deze onvolledigheid zijn de resultaten van dit onderzoek bruikbaar voor de praktijk van Klinisch Herstel.

De onderzoeker heeft minimaal gebruik gemaakt van Britse en Amerikaanse literatuur gemaakt, ook hierdoor is het onderzoek niet volledig. Amerikaanse en Britse literatuur is vooruitstrevend op het gebied van rehabilitatie. De onderzoeker heeft wel gebruik gemaakt van literatuur van Nederlands deskundigen op het gebied van rehabilitatie, zij baseren zich veelvuldig op internationale inzichten op dit gebied. Door de hoeveelheid aan topics was het tijdens interviews niet altijd mogelijk om op sommige onderwerpen uitgebreid door te vragen, dit heeft ertoe geleid dat sommige onderwerpen onderbelicht zijn geraakt.

#### *Advies voor vervolgonderzoek*

Uit de resultaten van dit onderzoek zijn belemmeringen in de praktijk aan het licht gekomen die nader onderzoek behoeven. Het aanbod voor dagbesteding zou niet passend zijn voor de doelgroep qua afstand, inhoud en beloningen. Verder onderzoek zal gedaan moeten worden tussen de behoeften van de bewoners en het aanbod van Movens, zodat vraag en aanbod in de toekomst dichter bij elkaar komen.

Uit de resultaten bleek dat samenwerking tussen Klinisch Herstel met interne en externe ketenpartners te wensen over laat. Er zal onderzoek gedaan moeten worden naar hoe de samenwerking verbeterd kan worden. Dit is nodig om bewoners om het proces van rehabilitatie te bestendigen en de zorg hier omheen te continueren

#### *Resultaatvaliditeit*

De doelstelling van het onderzoek was om te onderzoeken wat de medewerker nodig heeft om bewoners te ondersteunen bij participatie. Het onderzoek heeft geleid tot meer inzicht in de knelpunten die zich voordoen in de praktijk. Het is hierom mogelijk om passende aanbevelingen te doen die medewerkers meer handvatten en kennis geven zodat Klinisch Herstel een aanvang kan maken om de eerste belemmeringen weg te nemen zodat er door bewoners een begin kan worden gemaakt met het innemen van sociale en maatschappelijke rollen. Hiermee is voldaan aan de doelstelling van het onderzoek, oftewel resultaatvaliditeit. Gezien de specifieke doelgroep, de setting van Klinisch Herstel, haar medewerkers en cultuur acht ik de externe validiteit, oftewel de bruikbaarheid voor andere GGz klinieken, uiterst klein.

## **H10 Aanbevelingen**

In dit laatste hoofdstuk worden drie aanbevelingen besproken. Twee aanbevelingen hebben tot doel om de kennis en handvatten van medewerkers te vergroten zodat zij bewoners beter kunnen ondersteunen bij rehabilitatie. Eén aanbeveling zal bewoners ondersteunen bij het nemen van regie over hun eigen herstelproces. De aanbevelingen zijn gericht op operationeel en tactisch niveau, oftewel de medewerkers en het management van Klinisch Herstel.

### **10.1 Stigmatisering en zelfstigma van bewoners bestrijden**

*In januari 2018 zijn medewerkers van Klinisch Herstel zich bewust van de gevolgen van stigmatisering en zelfstigma en beschikken zij over handvatten en kennis om deze adequaat te bestrijden.*

Uit de conclusie werd duidelijk dat het bewustzijn over stigmatisering onder medewerkers vergroot moet worden. Stigmatisering leidt tot zelfstigma bij bewoners wat een negatief effect heeft op het vormen van doelen en wensen (Korevaar & Droës, 2015).

*Presentatie resultaten onderzoek door onderzoeker aan het team*

Op 30 augustus 2017 wordt er door de onderzoeker een presentatie aan het team gegeven over de belangrijkste resultaten van dit onderzoek. Hiermee zal de onderzoeker een bijdrage leveren aan het vergroten van het bewustzijn in het team. Stigmatisering, zelfstigma en persoonlijk herstel zijn onderwerpen die extra uitgelegd zullen worden.

*Presentatie door onderzoeker in samenwerking met de Stichting Samen Sterk zonder Stigma*

In september zal de onderzoeker samen met een ambassadeur van de Stichting Samen Sterk zonder Stigma twee presentaties geven over stigma. Er zijn minimaal twee presentaties nodig om zoveel mogelijk medewerkers te bereiken. De onderzoeker heeft hierover contact opgenomen met mw. van Broekhuizen die een geschikte kandidaat (een ervaringsdeskundige vrijwilliger) zal zoeken. Deze ambassadeur wordt gekozen op zijn ervaring met een klinische setting. In de presentatie zullen handvatten worden aangereikt om stigmatisering aan te pakken. Er zal tevens foldermateriaal uitgereikt worden. Er zal in deze presentatie ook aandacht worden geschonken aan zelfstigma en hoe medewerkers dit kunnen herkennen bij bewoners en welke interventies effectief zijn.

*Eind september 2017 komt zelfstigma actief aan bod in de begeleiding*

Medewerkers zullen zich bewust moeten worden van zelfstigma, signalen hiervan zullen tijdens de bovenstaande presentatie behandeld worden. Medewerkers zullen proactief het gesprek aangaan met cliënten over zelfbeeld en eigen effectiviteit zodat zelfstigma effectief bestreden kan worden als hier sprake van is. Tijdens de presentatie zullen ook vragenlijsten worden uitgereikt die zelfstigma bij cliënten kunnen meten. Omdat het invullen van formulieren een belemmering zou zijn, kunnen de medewerkers de vragen tijdens de begeleiding of in een gesprek aan de cliënt voorleggen. Deze vragenlijsten zullen als onderdeel bij de intake worden afgenomen bij nieuwe cliënten, zodat de pb'er, indien er sprake is van zelfstigma, hierop passende interventies kan nemen in de begeleiding.

*Eind oktober 2017 worden er bij Klinisch Herstel herstelwerkgroepen opgezet voor bewoners*

Er zullen stagiaires worden ingezet vanuit de MZ-bge (Maatschappelijke zorg-begeleider met ervaringsdeskundigheid) opleiding van het Zadkine in Rotterdam. Er is door de onderzoeker contact gezocht met Mw. Gouwerok, zij is docent van de opleiding én als coördinator herstel & ervaringsdeskundigheid verbonden aan Rivierduinen in Leidschendam. Mw. Gouwerok gaat deze stage plekken aanbieden aan de toekomstige studenten. Deze stagiaires gaan in het kader van het competentieprofiel behorende bij de opleiding herstelwerkgroepen binnen Klinisch Herstel opzetten voor bewoners. In de herstelwerkgroepen worden bewoners geïnformeerd over onder andere herstel, zelfstigma en mogelijkheden voor participatie. Bewoners zullen zo gestimuleerd worden om zelf verantwoording te nemen voor hun herstelproces, zij zullen hierbij ondersteund worden door de

begeleiders van de cursus. Stagiaires zullen hierbij ondersteuning krijgen van de ervaringsdeskundige, die zelf ook de MZ-bge volgde en werkzaam is bij Klinisch Herstel. De herstelwerkgroepen zullen laagdrempelig worden gegeven in de huiskamer. Het stimuleren tot deelname zal vanuit een gelijkwaardige houding van begeleiders moeten gebeuren. Het inzetten van deze ervaringsdeskundigen heeft tevens een de-stigmatiserend effect op hulpverleners, cliënten en anderen in de maatschappij (Plooy, 2012; Karbouniaris & Brettschneider, 2008). Met de herstelgroepen wordt ruimte geboden voor lotgenotencontact, dit en de informatie over herstel dragen bij aan het ontwikkelen van een positief zelfbeeld (Haan, 2013). Lotgenotencontact draagt ook bij aan het ontwikkelen van het eigen herstelverhaal, en de eigen kracht van de bewoners. Het delen van ervaringen draagt bij aan de ontwikkeling van de ervaringsdeskundigheid van bewoners (Hendriksen-Gavier, Nijnsen & Rooijen, 2012). Herstelwerkgroepen op KH zorgt voor dagbesteding op de afdeling zelf, waardoor afstand geen belemmering is voor bewoners. Het aanbieden van activiteiten op de afdeling en de bijdrage die deze herstelgroep doet aan het ontwikkelen van (sociale) vaardigheden voldoet aan de voorwaarden voor milieurehabilitatie. Hiervoor is het wel nodig om bewoners maximaal te betrekken (Korevaar & Droës, 2015). Milieurehabilitatie inzetten is belangrijk om hospitalisatie tegen te gaan en leidt tot een verhoging van het participatieniveau van bewoners (Wel, Felling & Persoon, 2002). Het onderlinge contact dat hiermee tussen bewoners gestimuleerd wordt kan gevoelens van eenzaamheid bij bewoners tegengaan.

#### *Het team van Klinisch Herstel wordt in het najaar van 2018 geschoold in herstelondersteunende zorg*

Om hospitalisering tegen te gaan is het nodig om herstelondersteunend te werken, waarbij medewerkers tijdig de regie en verantwoordelijkheid aan de bewoner teruggeeft. Dit leidt in de dagelijkse praktijk tot dilemma's bij de medewerker en is geen makkelijke opgave in een klinische setting. Medewerkers hebben hiervoor handvatten en kennis nodig over herstel en hoe deze te ondersteunen. Deze 2-daagse cursus wordt in samenwerking met HEE (Herstel & Empowerment en Ervaringsdeskundigheid) en het Trimbos Instituut op de locatie gegeven. Deze cursus kan op maat gemaakt worden aan de wensen van de instelling. Na de cursus kan een 'nazorgtraject' worden ingezet waar men met behulp van bijvoorbeeld intervisie methoden het bewustzijn van medewerkers en reflectie op hun handelen vergroot zal worden, deze zal door HEE in samenwerking met het Trimbos Instituut verzorgd kunnen worden.

#### *Herscholing SRH op maat*

Behalve de hierboven beschreven scholing kan er ook gekozen worden voor een herscholing van het SRH voor medewerkers. Rivierduinen heeft deskundigen die deze scholing kunnen geven. Hierdoor kan deze cursus goedkoper worden aangeboden en op maat gemaakt worden voor Klinisch Herstel waarbij de focus kan liggen op herstelondersteunend werken in lastige situaties. Manager M. Kuhlmann gaat hierover in gesprek met het opleidingscentrum van Rivierduinen LORD om te kijken naar opleidingen die passend zijn en aansluiten op de vraag en behoefte van Klinisch Herstel.

### **10.2 Medewerkers en bewoners worden geïnformeerd over de mogelijkheden voor participatie**

*Eind augustus 2017 /september 2017 zullen bewoners en medewerkers informatie krijgen over de mogelijkheden voor participatie in de regio.*

Tijdens het doen van dit onderzoek hebben twee medewerkers van Klinisch Herstel de mogelijkheden voor interne dagbesteding in kaart gebracht. Het betreft hier het aanbod van Movens. De externe mogelijkheden in de regio voor verschillende mogelijkheden voor participatie zijn nog niet in kaart gebracht. De onderzoeker zal samen met deze twee collega's een product maken in de vorm van een boekje waarin alle interne en externe mogelijkheden voor participatie in beschreven zullen worden. Het boekje zal concrete informatie bevatten over de activiteit en mogelijkheden, de voorwaarden om deel te nemen en de betreffende gegevens van relevante contactpersonen. Deze informatie zal actief aan alle begeleiders worden verspreid zodat zij hier

kennis van kunnen nemen. De kennis kunnen de medewerkers vervolgens inzetten in het ondersteunen van bewoners.

Voor bewoners zal er een folderrekje komen op een strategische plek in de kliniek. Hierin komen folders en ander materiaal die bewoners informeren over de mogelijkheden voor interne en externe participatie en dagbesteding. Het visueel bereikbaar maken van deze informatie zal een bijdrage kunnen leveren aan het ontwikkelen van wensen op het gebied van sociale en maatschappelijke participatie.

In het kader van het informeren van bewoners over de interne mogelijkheden zal er een ervaringsdeskundige van Movens op de afdeling uitgenodigd worden. Deze ervaringsdeskundige zal zijn herstelverhaal en de bijdrage die dagbesteding hierin heeft gehad op een persoonlijke wijze aan bewoners vertellen, welke bewoners kan inspireren om zelf ook de stap naar rehabilitatie te durven nemen.

## Literatuur

- Adviescommissie Drugsbeleid (2009). *Verslavingsproblematiek jongeren verknoopt met ander deviant gedrag*. doi: 10.1007/BF03081445
- Alblas, G. & Wijsman, E.(2013). *Gedrag in organisaties (6<sup>de</sup> druk)*. Houten: Noordhoff
- APCP; Amsterdams Patiënten/Consumenten Platform, Instituut voor Gebruikersparticipatie en Beleid (1997). *Wat wij zoals niet doen en moeten doen. Een onderzoek naar dagbesteding van mensen met psychische of psychiatrische problemen*. Amsterdam: APCP
- Anderson, G.L., Herr, K. (1999). The New Paradigm Wars: Is There Room for Rigorous Practitioner Knowledge in Schools and Universities? *Educational Researcher*, vol .28, No.5, pp. 12-21, 40. Gedownload op 1 maart 2017 via; [http://www.lh.umu.se/digitalAssets/50/50170\\_the-paradigm-war.pdf](http://www.lh.umu.se/digitalAssets/50/50170_the-paradigm-war.pdf)
- Angenent, C. (2017). Persoonlijke communicatie per mail tussen onderzoeker met voorzitter cliëntenraad Rivierduinen Leiden en Bollenstreek op 13 februari 2017
- Anoiksis (2017). Vereniging voor en door psychosegevoelige mensen. *Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief*. Geraadpleegd via; <http://www.anoiksis.nl/?s=dagbesteding>
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. Geraadpleegd op 10 februari 2017 via; [https://recoverydevon.co.uk/wp-content/uploads/2010/01/Recovery\\_from\\_Mental\\_Illness\\_Anthony\\_1993.pdf](https://recoverydevon.co.uk/wp-content/uploads/2010/01/Recovery_from_Mental_Illness_Anthony_1993.pdf)
- Baarda, D.B. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Hieruit: H8 Interviewen, hoe doe ik dat?* Opgehaald op 3 maart via; <https://blackboard.hhs.nl>
- Baart, A., Heijst, A. van (2003). *Inleiding: een beknopte schets van de presentietheorie*. Presentie.nl. Opgehaald op 1 januari 2017 via; [file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/01\\_Baart\\_Beknopte\\_schets\\_presentie.pdf](file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/01_Baart_Beknopte_schets_presentie.pdf)
- Becker T. & Kilian, R. (2009). *Daily living: does this matter for people with mental illness?* Opgeroepen op 27 december 2016 via; <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540260802564417?scroll=top&needAccess=true>
- Berg, A. van den & Zwaan, P. van der (2014). *De wijsheid van de samoerai. Dansen met je coachee*. Opgehaald op 1 januari 2017 via; [De academie.nu](http://De%20academie.nu). [eacademie.nu/wpcontent/uploads/2015/06/Artikel\\_Dansen\\_met\\_je\\_coachee\\_TVC\\_DE\\_ACADEMIE.pdf](http://eacademie.nu/wpcontent/uploads/2015/06/Artikel_Dansen_met_je_coachee_TVC_DE_ACADEMIE.pdf)
- Beunckens, I. (2003). *Een sociologische kijk op schizofrenie*. Opgehaald op 28 december 2016 via; <http://www.scriptieprijs.be/sites/default/files/2a0bf38347c277e849e86df084ba2db1.pdf>
- Boekel, L.C. van, Brouwers, E.P.M., Weeghel, J. van, Garretsen, H.F.L. (2015) Stigmatisering van patiënten met een verslaving en de gevolgen voor de hulpverlening: een systematisch literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor psychiatrie*. Gedownload op 10 februari 2017 via; <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/57-2015-7-artikel-vanboekel.pdf>

- Boevink, W., Droës, J. (2005). Herstelwerk van mensen met een psychische beperking en wat kunnen hulpverleners doen om hen te ondersteunen? *Psychopraxis* 7:11.doi: 10.1007/BF03072191
- Boevink, W., Prinsen, M., Elfers, L., Droës, J., Tiber, M., Wilrycx, G. (2009). *Tijdschrift voor rehabilitatie* Editie1-2009. Hieruit: Herstelondersteunende zorg, een concept in ontwikkeling
- Booij, M., Boesten, R. & Fenema, E.van (2017). Wachlijsten ggz onacceptabel. *Volkskrant, Opinie & Debat*. 5 januari 2017. Opgehaald via; [www.Volkskrant.nl](http://www.Volkskrant.nl)
- Born, J. van der (2001). *Dagbesteding, meer dan tijdpassering. Zoeken naar betekenis*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Brink, C. ten, Haan, L. de & Knegtering, H. (1998). Korte Bijdrage. Subjectieve ervaringen met patiënten met schizofrenie gerelateerd aan behandeling met antipsychotica. *Tijdschrift voor psychiatrie* 40 (1998) 4, 238-245. Opgeroepen op 3 januari 2017 via; [http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles\\_513pdf.pdf](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_513pdf.pdf)
- Brink, C., Haeff, C. ten (2005). *Activeren met zorg*. Opgehaald op 6 januari 2017 via; <https://www.movisie.nl/publicaties/activeren-zorg>
- CPB (2016). *Kansrijk arbeidsmarktbeleid, deel 2*. Geraadpleegd via: <https://www.cpb.nl/publicatie/kansrijk-arbeidsmarktbeleid-deel-2>
- CIZ Centrum Indicatiestelling Zorg (2016). *Werkwijze aanvragen zorgprofiel GGZ-B*. Opgeroepen op 28 december 2016 via; <https://www.ciz.nl/actueel/Paginas/AanvragenzorgprofielGGZ-B.aspx>
- De Windroos(z.d.). *Een hersteltraject op maat*. Geraadpleegd op 10 februari 2017 via; <http://www.dewindroos.com/>
- Donk, C. van der, Lanen, B. van (2015). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*(2<sup>e</sup> herziene druk). Bussum: Coutinho
- Droës, J. (2003). Persoonlijke en professionele waarden in het rehabilitatieproces. *Passage: Tijdschrift voor rehabilitatie*, 12 (4), 2009-218
- Droës, J. (2012). Behandeling en rehabilitatie in herstelondersteunende zorg. In J. Droës, C. Witsenburg (Red) *Herstelondersteunende zorg. Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen* Amsterdam: SWP
- DZB Leiden. *Sterk in werk!* Geraadpleegd op 29 januari 2017 via; <http://www.dzb.nl/>
- Eisenga, M. & Nuy, M.H.R. (1995). *Passage: Tijdschrift voor Maatschappelijke Opvang*. Gearrangeerde vriendschappen: introductie van een rehabilitatieproject. vol.4, iss.4, pp.78-80. Opgehaald op 10 december 2016 via; <http://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/22082>
- Elsenaar, I., Roozen, H., Hauptmann, G., Wetering, B. van de (2007). Terugvalmanagement bij verslaving. *Verslaving* 3:59-64. doi: 10.1007/BF03075407
- Gedachten uitpluizen (z.d.). CGT bij psychose en psychose-achtige klachten. Inactiviteitscirkel. Geraadpleegd op 10 maart via; <http://www.gedachtenuitpluizen.nl/zozitdat/inactiviteitscirkel/>

- GGZ Nederland (2009). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Opgehaald op 27 december 2016 via; [http://www.GGznederland.nl/uploads/assets/asset\\_305955.pdf](http://www.GGznederland.nl/uploads/assets/asset_305955.pdf)
- GGZ Nieuws.nl (2016). *Eenzaamheid groot probleem bij langdurige psychische problemen, 12 tips!*. Geraadpleegd via: [www.ggznieuws.nl/home/eenzaamheid-groot-probleem-bij-langdurige-psychische-problemen/](http://www.ggznieuws.nl/home/eenzaamheid-groot-probleem-bij-langdurige-psychische-problemen/)
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster. Geraadpleegd op 3 maart 2017 via; <https://book.google.nl>
- Goffman, E. (2009). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Londen, Groot Brittannië: Transaction. Geraadpleegd via; <https://book.google.nl>
- Haan, E. de (2013). *De Herstel special, de route naar herstelondersteunende zorg: wat werkt en wat niet*. Geraadpleegd op 29 januari 2017 via; [http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/asset\\_948983.pdf](http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/asset_948983.pdf)
- Hassel, D. van, Tonkens, E., Hoijtink, M. (2012). Vluchten in bureaucratie. Bureaucratische gehechtheid onder professionals in de jeugdhulpverlening. *Tijdschrift voor Beleid, Politiek en Maatschappij*, 39 (1), 5-24. Opgehaald via; [https://pure.uva.nl/ws/files/4492953/122277\\_Vluchten\\_in\\_bureaucratie.pdf](https://pure.uva.nl/ws/files/4492953/122277_Vluchten_in_bureaucratie.pdf)
- Helmus, K., Bezemer, M. Pijnenborg, M., Slooff, C, (2011). Shared decision making binnen de zorg voor mensen met psychose. *Psychopraktijk*, 3 (6), 30-34.
- Hendriksen-Favier, A., Nijens, K. & Rooijen, S. van (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz*. Geraadpleegd op 30 januari 2017 via; <https://assets.trimbos.nl/docs/3bc38e33-b8ca-4bbc-ab90-413ccf3dbd60.pdf>
- Hollander, D. den, Wilken, J.P. (2015). *Zo worden cliënten burgers. Praktijkboek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen* (5<sup>e</sup> herziene druk). Amsterdam: SWP
- Hoof, F.van, Ketelaars, D. & Weeghel, J. van (2000). *Dac in, dac uit; een longitudinaal onderzoek bij bezoekers van dagactiviteitencentra in de GGZ*. Utrecht: Trimbos-Instituut
- Hoogedoorn, H. (2015). *Stigmatisering binnen de GGZ. Een studie naar de effecten van een workshop en de rol van ervaring, ervaringsdeskundigheid en man/vrouw verschillen op stigmatisering*. Afstudeerscriptie voor de master Klinische Gezondheidspsychologie. Geraadpleegd via: <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/315725>
- Idee (z.d.). *Trajectbegeleiding*. Geraadpleegd op 29 januari 2017 via; <http://www.i-doe.nl/Traject>
- Inloophuis Psychiatrie Leiden (z.d.). Geraadpleegd op 29 januari 2017 via; <http://www.inloophuis-psychiatrie.nl/>
- Jager-Vreugdenhil, M. (2011). Spraakverwarring over participatie. *Journal of Social Intervention Theory and Practice* 2011-Volume 20, Issue 1, pp 76-99. Geraadpleegd via: <https://www.journalsi.org/articles/abstract/10.18352/jsi.251/>

- Karbouniaris, S., Brettschneider, E. (2008). *Inzet en waarde van ervaringsdeskundigheid in de GGz. Intern onderzoeksverslag*. Hogeschool Utrecht, faculteit Maatschappij en Recht. Kenniscentrum Sociale innovatie. Opgehaald via; [http://www.kcco.nl/doc/kennisbank/ervaringsdeskundigheid\\_ggz.pdf](http://www.kcco.nl/doc/kennisbank/ervaringsdeskundigheid_ggz.pdf)
- Kenniscentrum Phrenos (2014). *Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Plan van aanpak*. Opgehaald op 1 januari 2017 via; <http://www.kenniscentrumphrenos.nl/wp-content/uploads/2014/10/Over-de-brug-PvA-EPA-september-2014.pdf>
- Kenniscentrum Phrenos (z.d.;a). *Herstel & herstelondersteuning*. Opgeroepen op 23 december 2016 via; <http://www.kenniscentrumphrenos.nl/kennisthemas/herstelherstelondersteuning/>
- Kenniscentrum Phrenos (z.d.; b). *Ernstige psychische aandoeningen*. Opgeroepen op 31 december 2016 via; <http://www.kenniscentrumphrenos.nl/kennisthemas/EPA/>
- Kolenberg, A. (2009). *Werk in behandeling. Onderzoek naar aandacht voor arbeidsparticipatiemogelijkheden van jongeren met een psychotische stoornis*. Uitgevoerd door Kenniscentrum CrossOver en Landelijk Platform GGz. Geraadpleegd op 28 januari 2017 via; <http://www.kcco.nl/doc/Werk-in-behandeling.pdf>
- Korevaar, L. & Droës, J. (2015). *Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn* (2<sup>e</sup> herziene druk). Bussum: Coutinho
- Krabbedijk, A. (2010). "Ik ben niet mijn stoornis, ik kies ervoor te werken aan mijn herstel". *V&VN Vakblad voor sociale psychiatrie*. Opgeroepen via; <http://www.venvn-spv.nl/vakblad/sppdf/sp92/sp92-hoofd02.pdf>
- Kuhlman, M. & Beek, H. van (2010). *Visie Klinisch Herstel*. Verkregen op 10 februari 2017 via het intranet GGz Rivierduinen
- Kwekkeboom, M.H., Weert, C.M.C. van (2008). *Meedoen en gelukkig zijn*. Opgehaald op 28 december 2016 via; [file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/meedoen\\_en\\_gelukkig\\_zijn.pdf](file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/meedoen_en_gelukkig_zijn.pdf)
- Liégeouis, A., Audenhove, C. van (2005). Ethical dilemmas in community mental health care. *Journal of Medical Ethics* 2005; 31:452-456. Geraadpleegd op 4 januari 2017 via; <http://jme.bmj.com/content/31/8/452>
- Movisie (2013a). *Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. De begrippen ontward*. Opgehaald via; [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco\\_files/Kennisdossier%205%20Zelfregie%20eigen%20kracht%20zelfredzaamheid%20en%20eigen%20verantwoordelijkheid%20%5BMOV-1421737-0.1%5D.pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Kennisdossier%205%20Zelfregie%20eigen%20kracht%20zelfredzaamheid%20en%20eigen%20verantwoordelijkheid%20%5BMOV-1421737-0.1%5D.pdf)
- Movisie (2013b). *Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen. Werkblad beschrijving interventie*. Opgehaald op: <https://www.movisie.nl/esi/systematisch-rehabilitatiegericht-handelen>
- Movisie (2016). *Participatiewet en de WWB maatregelen: een overzicht*. Geraadpleegd op 29 januari 2017 via; <https://www.movisie.nl/artikel/participatiewet-wwb-maatregelen-overzicht>

- Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre (2001). *ICF, Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health' compilatie*. Opgehaald op 3 januari 2017 via; [www.rivm.nl url: http://www.rivm.nl/who-fic/in/ICFwebuitgave.pdf](http://www.rivm.nl/who-fic/in/ICFwebuitgave.pdf)
- Nimwegen, L. van, Haan, L. de, Beveren, N. van, Brink, W. van den, Linszen, D. (2007). Adolescentie, schizofrenie en drugs: interacterende kwetsbaarheid. Een hypothese. *Tijdschrift voor psychiatrie* 49(2007)3, 169-178. Verkregen via; [http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles\\_1605pdf.pdf](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_1605pdf.pdf)
- Petry, D., (2014). Machtswisseling in de psychiatrie, reactie op Inge Mans. *Tijdschrift voor Rehabilitatie & Herstel* 2, juni 2014 p.4
- Plooy, A. (2012). Ervaringsdeskundigen in de hulpverlening. Bruggenbouwers of bondgenoten? In J. Droës, C. Witsenburg (Red.), *Herstelondersteunende zorg. Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen*. Amsterdam: SWP
- Rapp, C.A., Goscha, R.,J. (2011). *The strengths model. A recovery-oriented approach to mental health services* (Third edition). Opgeroepen op 28 december 2016 via; [https://books.google.nl/books?id=B3JpAgAAQBAJ&hl=nl&source=gbs\\_book\\_other\\_versions](https://books.google.nl/books?id=B3JpAgAAQBAJ&hl=nl&source=gbs_book_other_versions)
- Rivierduinen (2015). *Missie en visie*. Opgeroepen op 6 december 2016 via; <https://www.rivierduinen.nl/organisatie/missie-en-visie>
- Rijksoverheid (z.d.). Werken met arbeidsbeperking. *Beschut werken voor mensen met een arbeidsbeperking*. Geraadpleegd op 10 januari 2017 via; <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/werken-met-arbeidsbeperking/inhoud/beschut-werk-voor-mensen-met-arbeidsbeperking>
- RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) (2013). *Gezondheid en maatschappelijke participatie. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. Geraadpleegd via: [http://www.rivm.nl/Documenten\\_en\\_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2013/oktober/Gezondheid\\_en\\_maatschappelijke\\_participatie\\_Themarapport\\_Volksgezondheid\\_Toekomst\\_Verkenning\\_2014](http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2013/oktober/Gezondheid_en_maatschappelijke_participatie_Themarapport_Volksgezondheid_Toekomst_Verkenning_2014)
- Schermer, K. (2013). *De organisatie als hulpmiddel* (5<sup>de</sup>, geheel herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19 (2), 137-155
- Shepherd, G. (1989). *Rehabilitatie van de chronisch psychiatrische patiënt*. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema
- Slade, M. (2009a). *Journal of Mental Health* Volume 18, 2009-Issue 5. The contribution of mental health services to recovery. Geraadpleegd op 4 februari 2017 via; <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09638230903191256>
- Slade, M. (2009b). *Rethink. 100 ways to support recovery. A guide for mental health professionals*. Geraadpleegd op 2 maart 2017 via; <http://toronto.cmha.ca/files/2012/11/100-ways-to-support-recovery-Rethink.pdf>

- Slooff, C., Alphen, G. van (2012). Over contraproductieve houding van de psychiatrie en de GGZ bij stigmatisering. In J. Droës, C. Witsenburg, (Red.), *Herstelondersteunende zorg. Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen*. Amsterdam: SWP
- Stel, J.C. van der (2015). *Het begrip herstel in de geestelijke gezondheidszorg*. Opgehaald op 30 januari 2016 via;  
<http://www.topggz.nl/cms/upload/files/Bestuur/plan/Het%20begrip%20herstel%20in%20de%20psychische%20gezondheidszorg.pdf>
- Stichting Zon (z.d.). *Stichting Zon komt voor je op!*. Geraadpleegd op 12 februari 2017 via;  
<http://zonzh.nl/>
- Theunissen, J., Kikkert, M., Duurkoop, P., Lommerse, N., Mooij, L. de, Boesveld, N., Vellinga, A., Dekker, J. (2011). *Een karig en sober leven maar niet ontevreden. Vermaatschappelijking van de chronische patiënt in de stad deel II*. Opgehaald via;  
<http://www.clientenbelangamsterdam.nl/plaatjes/user/files/Een%20karig%20en%20sober%20leven%20eindversiedef.pdf>
- Trimbos instituut (2009). De Nederlandse empowerment-Vragenlijst. Gedownload op 2 maart 2017 via; <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/f3504add-65cb-4ab4-8c18-3e2d5bd6e0e9.pdf>
- Trimbos instituut (2013). *Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen*. Opgehaald op 30 december 2016 via;  
<http://www.GGZrichtlijnen.nl/uploaded/docs/Eindversie%20RL%20Werk%20en%20Psychische%20aandoeningen.pdf>
- Trimbos instituut (2014). *Factsheets Panel Psychisch gezien. Werk, eenzaamheid en stigma*. Geraadpleegd via: <http://www.kenniscentrumphrenos.nl/items/1056/>
- Trimbos instituut (2015a). *Arbeid en psychische aandoeningen, kennissynthese*. Opgeroepen op 3 januari 2017 via; <https://assets.trimbos.nl/docs/47efb503-d62e-44c1-ae46-ff17cfb8775b.pdf>
- Trimbos instituut (2015b). *Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen. Werkblad beschrijving interventie*. Opgehaald op 1 januari 2017 via;  
<https://erkendeinterventiesGGz.trimbos.nl/erkende-interventies/systematisch-rehabilitatiegericht-handelen>
- Trimbos instituut (2015c). *Ben ik goed in beeld? Handreiking voor de bestrijding van stigma en discriminatie wegens een psychische handicap*. Opgehaald via:  
<https://www.trimbos.nl/producten-en-diensten/webwinkel/product/?prod=af0646>
- Vansteenkiste, M., Soenens, B., Sierens, E., Lens, W. (2005). *Hoe kunnen we leren en presteren bevorderen? Een autonomie-ondersteunend versus controlerend schoolklimaat*. Opgeroepen op 5 januari 2017 via;  
[http://www.vfo.be/docs/vfostudiedag2007\\_vansteenkiste\\_Caleidoscoop2005.pdf](http://www.vfo.be/docs/vfostudiedag2007_vansteenkiste_Caleidoscoop2005.pdf)
- Verhaeghe, M. (2003). *Mens & Maatschappij*. Stigmatisering en levenskwaliteit van personen met psychische problemen in professionele hulpverlening. Geraadpleegd op 4 februari 2017 via;  
[http://en.aup.nl/wosmedia/577/vol\\_78\\_no1\\_-\\_stigmatisering\\_en\\_levenskwaliteit\\_van\\_personen.pdf](http://en.aup.nl/wosmedia/577/vol_78_no1_-_stigmatisering_en_levenskwaliteit_van_personen.pdf)

- Verstuyf, J. , Vansteenkiste, M.(2008). *Willen versus Moeten: de invloed van motivatie op het therapeutisch proces*. Geraadpleegd op 6 januari 2017 via;  
<https://biblio.ugent.be/publication/420579>
- Weeghel, J., Wolf, J. (1995). *Dagbesteding en zorgvernieuwing*. In Zeldenrust, W., Koel, R., Plass, S., Weersch, M. van & Zuthem, J.W.van (Red.). *Dagwerk. Opstellen over dagbesteding en arbeidsrehabilitatie in de geestelijke gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Weeghel, J. van (2010). *Verlangen naar volwaardig burgerschap; maar wat doen we in de tussentijd?*. Opgehaald op 23 december 2016 via;  
[http://www.canonsociaalwerk.eu/1992\\_rehabilitatie/2010%20oratie%20Jaap%20van%20Weeghel%20verlangen%20naar%20burgerschap.pdf](http://www.canonsociaalwerk.eu/1992_rehabilitatie/2010%20oratie%20Jaap%20van%20Weeghel%20verlangen%20naar%20burgerschap.pdf)
- Weeghel, J. van (2016). *Arbeidsparticipatie van mensen met psychische aandoeningen, Zó werkt het! Bestuurlijke bijeenkomst Meer mensen met psychische kwetsbaarheid aan het werk*. Geraadpleegd op 2 maart 2017 via;  
[http://www.inclusievoorarbeidsorganisatie.org/sites/default/files/kb-uploads/Jaap%20van%20Weeghel\\_Arbeidsparticipatie%20van%20mensen%20met%20psychische%20aandoeningen%20%20Zo%CC%81%20werkt%20het%21\\_2016.pdf](http://www.inclusievoorarbeidsorganisatie.org/sites/default/files/kb-uploads/Jaap%20van%20Weeghel_Arbeidsparticipatie%20van%20mensen%20met%20psychische%20aandoeningen%20%20Zo%CC%81%20werkt%20het%21_2016.pdf)
- Wel, T.F. van, Felling, A.J.A. & Persoon, J.M.G.(2002). De invloed van rehabilitatie op het activiteiten en participatieniveau van chronisch psychiatrische patiënten: een effectonderzoek. *Tijdschrift voor psychiatrie* 44, 2002. Opgehaald op 3 januari 2017 via;  
[http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles\\_147pdf.pdf](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_147pdf.pdf)
- Wel, T. van (2010). *Psychiatrische Rehabilitatie Jaarboek 2010-2011-5*. Amsterdam: SWP. Hieruit: *Rehabilitatie geen kleurloze brij*
- Werf, B. van der, Kaasenbrood, A. (2003). Van aanbod naar vraag. *Psychopraxis*. Maart 2003, Volume 5, Issue 3, pp 83-86. Doi: 10.1007/BF03072079
- Westerhof, G. Levenskunst in de medische psychologie. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 2013 [39] 05. Opgehaald op 8 januari 2017 via; <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12485-013-0058-9>
- World Health Organization (WHO) (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Geraadpleegd via;  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf)
- Wilken, j.P. (2004). Rehabilitatie en vraaggericht werken. Over de kunst van vraagverheldering in relatie tot wensen en behoeften. *Passage*, 13<sup>de</sup> jaargang nr.1, maart 2004
- Yulius Academie (2016). *Volwassenen Multicenter. Severe Mental Illness*. Opgeroepen op 31 december 2016 via; <https://yuliusacademie.nl/nl/research/severe-mental-illness>
- Zelfregiecentrum Leiden (z.d.). *Welkom bij zelfregiecentrum Leiden!*. Geraadpleegd op 11 februari 2017 via; <https://zelfregiecentrumleiden.wordpress.com/>
- Zeldenrust, W., Koel, R., Plass, S., Weersch, M.van & Zuthem, J.W.van (1995). *Dagwerk. Opstellen over dagbesteding en arbeidsrehabilitatie in de geestelijke gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Zorginstituut Nederland (2016). Bevorderen van participatie van cliënten met een psychische stoornis. Gedownload op 20 juni 2017 via;  
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2016/08/29/bevorderen-van-participatie-van-clienten-met-een-psychische-stoornis>

Zorg tegen eenzaamheid. *Feiten en cijfers* (2015). Geraadpleegd via:  
<http://www.zorgtegeneenzaamheid.nl/over-ons/aanleiding-en-cijfers/>